

Tobakk i Norge

2018

Rapporten finnes i html-format på www.fhi.no

Utskriftsdato: 2019-01-15

Ansvarlig redaktør: Elisabeth Kvaavik

Fagredaktør: Karl Erik Lund

Bidragstere (i alfabetisk rekkefølge): Ingeborg Lund, Karl Erik Lund, Marianne Lund, Erik Nord, Gunnar Sæbø, Rikke Tokle, Tord Finne Vedøy

Sekretariat: Marianne Lund, Ellen Amundsen og Erik Bull-Valen

Ekstern fagfelle vurdering: Rune Johansen

Tobakk i Norge

Tobakk i Norge presenterer bruksmønstre og forsyningskilder for tobakk. Rapporten viser fordelingen av tobakksbruk i befolkningen, og beskriver befolkningens risikooppfatninger om tobakk.

Beskrivelse av rapporten

Om innholdet i Tobakk i Norge Side 4

Bruk av tobakk

Tobakkmarkedets sammensetning og endring Side 6

Utbredelse av sigarettøyking i Norge Side 15

Av-og-til-røyking Side 26

Brukere av ulike røykeprodukter Side 30

Finnes det en «hard kjerne» av røykere som ikke vil, eller kan slutte? Side 33

Røykeslutt Side 39

Røyking og sosial ulikhet Side 47

Utbredelse av snus i Norge Side 56

Utbredelse av e-sigaretter og fordampere i Norge Side 61

Risikooppfatninger om tobakk- og nikotinprodukter Side 71

Feiloppfatninger om risiko ved tobakksbruk Side 80

Tobakkstiltak

Tobakkspris og særavgift Side 87

Tobakk i historien

Historisk oversikt over tobakk i Norge 1619-2018 Side 90

Oppdateringer

Oppdateringer av kapitler i Tobakk i Norge Side 108

Datakilder

Datakilder for Tobakk i Norge Side 109

Om rapporten

Om Tobakk i Norge Side 110

Vedleggstabeller

Vedleggstabeller til Tobakk i Norge Side 111

Om innholdet i Tobakk i Norge

Beskrivelse av innholdet i rapporten Tobakk i Norge.

Artiklene i rapporten Tobakk i Norge tar først og fremst for seg bruksmønstre, forsyningskildene for tobakk, fordelingen av tobakksbruk i befolkningen og risikooppfatninger om tobakk i befolkningen. Helsemessige konsekvenser av tobakksbruk behandles ikke her, men er gjennomgått i Folkehelse rapporten. En kronologisk oversikt over viktige hendelser på tobakksområdet i Norge siden 1619 finnes i artikkelen Historisk oversikt over tobakk i Norge.

Tobakks- og nikotinmarkedet

I løpet av de senere årene har det skjedd en rask utvikling av tobakks- og nikotinmarkedet, med et økende antall nye produkter i handelen. I Tobakksmarkedets sammensetning gis en gjennomgang av den offentlige statistikken over omsetning av ulike tobakksprodukter fra 1909 til 2017, og det vises også kortfattet til forholdet mellom omsetningstall og selvrapportert bruk. Prisnivået på tobakk ligger relativt høyt i Norge, og avgiftsberegninger og inntekter, samt prisutvikling over tid er beskrevet i Tobakkspris og særavgift.

Fordeling av tobakks- og nikotinbruk i befolkningen

Å redusere det totale omfanget av tobakks- og nikotinrelaterte skader i befolkningen er den viktigste motivasjonen bak tobakkspolitikken, og siden bruksomfang og bruksmønstre er tett knyttet til skadeomfang, er disse temaene viet mye plass i Tobakk i Norge.

Utbredelse av røyking i Norge viser hvordan daglig røyking har gått ned de siste 40 år, mens av-og-til-røyking har holdt seg stabil. I Brukere av ulike røykeprodukter kan man lese mer om endringer i det relative omfanget av bruk av ferdigsigaretter, rulletobakk og snus. Endringer i daglig- og av-og-til-bruk av snus vises fra slutten av 1980-tallet i Utbredelse av snus i Norge. At tobakksbrukere avslutter eller endrer sin tobakksbruk er en av flere viktige faktorer bak endringer i totalbruken av sigaretter og snus, og i Røykeslutt beskrives ulike aspekter ved slutteadferd, slutteønsker og sluttemetoder.

I tillegg til det totale omfanget av tobakks- og nikotinbruk er det knyttet stor interesse til hvordan denne bruken fordeler seg i ulike lag av befolkningen, og flere artikler fokuserer spesielt på enkelte undergrupper eller underkategorier av bruk. I Av-og-til-røyking vises hvordan av-og-til-røykerne er sammensatt med tanke på demografiske og røykerelaterte kjennetegn. I

Finnes det en hard kjerne av røykere som ikke vil eller kan slutte diskuteres holdepunktene for og imot den såkalte «herdingshypotesen» som postulerer at de gjenværende røykerne blir stadig mer nikotinavhengige. I Røyking og sosial ulikhet beskrives hvordan røyking i Norge varierer med ulike mål på sosial status.

Selv om antallet nye nikotinprodukter har økt betydelig i de senere år, er den statistiske informasjonen som foreligger om inntak av nikotin på andre måter enn ved tobakksbruk foreløpig nokså begrenset. Basert på tall fra årene 2015 til 2017 beskrives i Utbredelse av e-sigaretter og fordampere i Norge e-sigaretter-bruk og produktpreferanser totalt og etter røykestatus.

Risikooppfatninger

Bruk av nikotinprodukter og tobakk medfører helseskade, men det er store forskjeller i risiko mellom det farligste produktet (røyketobakk) og de minst farlige (nikotinlegemidler). Tilstrekkelig informasjon om risiko, og om forskjeller i risiko mellom produkter, er avgjørende for den enkeltes mulighet til å ta informerte valg om sin egen nikotin- eller tobakksbruk. Befolkningens oppfatninger av risiko ved bruk av, og forskjeller i risiko mellom ulike typer tobakk og nikotin beskrives i Risikooppfatninger om tobakks- og nikotinprodukter. Forholdet mellom befolkningens oppfatninger og forskningsbaserte antakelser om risiko diskuteres i Feiloppfatninger om risiko ved tobakksbruk.

Datakilder på tobakksområdet

Det er to typer datakilder som gir oss informasjon om tobakkssituasjonen i Norge. Offentlig statistikk over omsetning (f.eks. fra Toll- og avgiftsetaten) gir oss størrelsen på den registrerte omsetningen av tobakksvarer i landet, mens individbaserte spørreundersøkelser brukes til å anslå omfanget av tobakks- og nikotinbruk, hvordan denne bruken fordeler seg i befolkningen, oppfatninger om tobakk, og holdninger til tobakkspreventive tiltak.

Begge disse typene av datakilder har noen svakheter. I den offentlige statistikken inngår ikke uregistrert omsetning, som for eksempel smugling eller lovlig privatimport. Spørreundersøkelser baserer seg på selvrapporing fra enkeltpersoner, og kan være beheftet med underrapportering av forbruk eller brukerstatus. For spørreundersøkelser er det viktig at utvalget er representativt, dvs. at det har en geografisk, demografisk og sosioøkonomisk sammensetning som stemmer overens med sammensetningen av befolkningen som helhet. Kombinasjonen av underrepresentasjon av personer med kort utdanning (der røyking har størst utbredelse), feilklassifisering av røykestatus og underrapportering av forbruksintensitet, svekker validiteten til resultater i surveyundersøkelser.

Den viktigste undersøkelsen av tobakks- og nikotinbruk for kapitlene i tobakksdelen av Rusmidler i Norge er SSBs røykevaneundersøkelser som FHI (tidl. SIRUS) overtok ansvaret for i 2015. Undersøkelsen har blitt gjennomført årlig eller oftere siden 1973. Med utgangspunkt i denne tidsrekken av undersøkelser kan man altså følge utviklingen i tobakksvaner i befolkningen 45 år tilbake i tid.

En mer detaljert gjennomgang av ulike datakilder, og metodiske utfordringer knyttet til disse, finnes i rapportens kapittel Datakilder for Tobakk i Norge.

Tobakkmarkedets sammensetning og endring

Utviklingen i det innenlandske salget av tobakksprodukter slik dette er registrert av Toll- og avgiftsdirektoratet. Oversikt over konsumet som antas å stamme fra uregistrerte forsyningskilder.

Hovedpunkter

- Det registrerte salget av tobakk (alle produkttyper til sammen) økte fra ca. 1 500 gram per voksen (15 år +) i 1909 til en topp rundt 2 250 gram midt i 1970-årene.
- Fra midten av 1970-årene startet en langvarig nedgang. Nedgangshastigheten var særlig høy i perioden etter 1990 og fram til 2017 ble totalsalget redusert med 61%.
- Forbrukshistorien for tobakk de siste 100 år kan inndeles etter hvilket produkt som hadde størst popularitet; skråtobakk (1900-1930), pipetobakk (1930-1960), rulletobakk (1960-1995), fabrikkframstilte sigaretter (1995->)
- En stadig større andel av tobakksforbruket kommer fra grensehandel og avgiftsfri reiseimport. Økningen fra uregistrerte forsyningskilder har likevel ikke oppveid for nedgangen i det registrerte salget

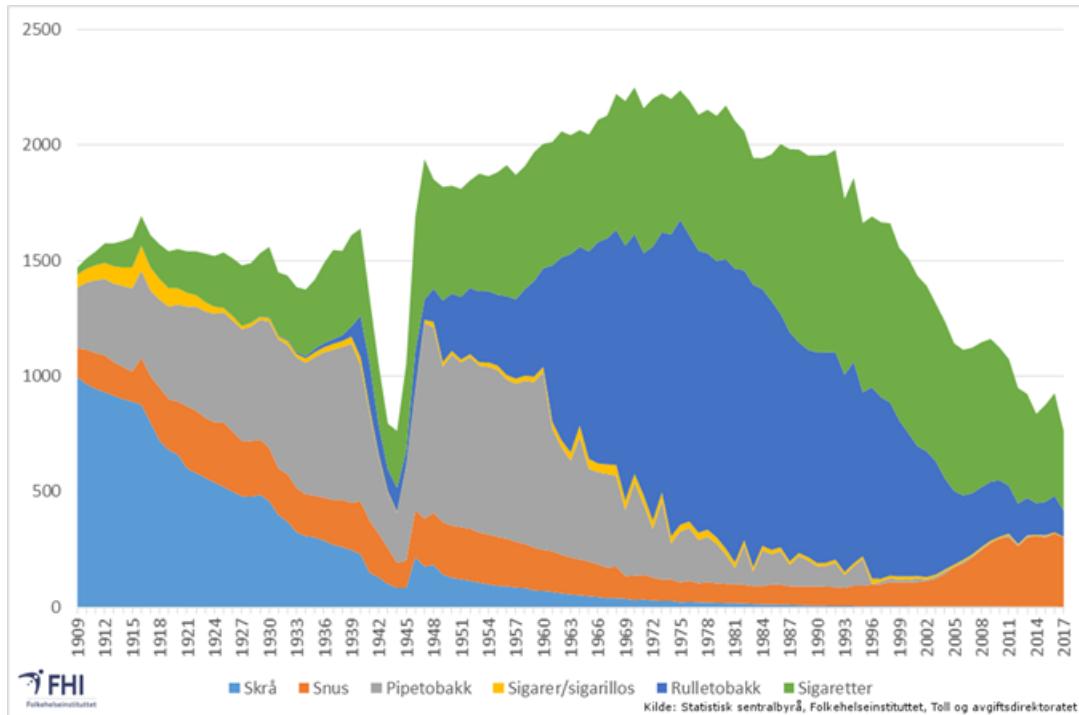
Utover det registrerte innenlandske salget av tobakk, har de om lag en million tobakkskonsumentene i Norge i hovedsak tre forsyningskilder til sitt forbruk; grensehandelen i Sverige og i mindre grad Danmark, den legale avgiftsfrie reiseimporten fra utlandet (taxfree), og tobakk som illegalt er smuglet til landet. Felles for disse omsetningskanalene er at forbruket ikke blir registrert i norsk økonomi og ikke gir innenlandske skatteinntekter. Det eksakte volumet av uregistrert tobakk er selvsagt vanskelig å beregne. Det antas å være lite før 1980, men økende reiseaktivitet, større prisforskjeller til våre naboland og tiltakende arbeidsinnvandring taler for at tobakkskonsumet fra uregistrerte kilder har økt. Det største kvantum tobakk omsettes likevel fra de om lag 15 000 tobakksforhandlerne her til lands. Volumet av tobakk som leveres ut til forhandler registreres av myndighetene, og salgsoppgaver finnes helt tilbake til 1909.

Det registrerte salget av tobakk

Figur 1 viser registrert salg (uttrykt i gram) av fabrikkframstilte sigaretter, rulletobakk, tobakk til piperøyking, sigarer/sigarillos, skråtobakk og snus per nordmann over 15 år fra 1909. Omsetningen av fabrikkframstilte sigaretter har vært oppgitt i antall og blitt omregnet til vekt ved å sette en sigarett ekvivalent med 1 gram tobakk.

Det registrerte salget av tobakk (alle produkttyper til sammen) har steget fra ca. 1 500 gram per voksen (15 år og over) i 1909 til flere «toppnoteringer» rundt 2 250 gram midt i 1970-årene. Veksten i salget av tobakk var særlig sterk i periodene før begge verdenskrigene. Under siste verdenskrig (1940-45) var reduksjonen i salget dramatisk. Det lokale toppunktet i salget rett etter krigen kan tyde på at årene med rasjonering og kvalitetssvak tobakk førte til et oppdemt behov. Fra midten av 1970-årene startet en langvarig nedgang i det innenlandske salget av tobakksvarer.

Nedgangshastigheten var særlig høy i perioden etter 1990 og fram til 2017 ble totalsalget redusert med 61%. I 2017 ble det kun solgt 761 gram tobakk per innbygger 15 år og over.



Figur 1:

Registrert salg av ulike tobakksprodukter i gram per innbygger 15 år +, 1909-2017. Fra nederste til høyeste segment: skråtobakk (blå), snus (rød), pipetobakk (grønn), sigarer (lilla), rulletobakk (turkis), fabrikkframstilte sigaretter (oransje). Vedleggstabell A1 Kilde: Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet, Toll og avgiftsdirektoratet.

Forbrenningsfrie tobakksprodukter

En markant endring i det norske tobakksalget i det 20. århundre var tilbakegangen for skråtobakk. I 1909 utgjorde salget av ikke-brennbar tobakk ca. 75 % av det omsatte volum. Skråtobakken var det suverent mest populære tobakksprodukt og hadde i 1909 en markedsandel (regnet i vekt) på 68 % alene. Dette året ble det solgt 995 gram skråtobakk per voksen, men fram mot andre verdenskrig gikk salget hurtig tilbake og skulle seinere aldri ta seg opp igjen.

Inntil 1960-årene var snus det tobakksprodukt som hadde hatt det mest stabile salget. I hele perioden 1909-1965 var salget av snus per voksen rundt 200 gram. I perioden etter 1965 gikk salget av snus gradvis ned og en salgsbunn inntraff i 1983 med bare 75 gram snus omsatt per voksen. Fra midten av 1990-årene begynte imidlertid salget av snus å tilta, og det første tiår etter årtusenskiftet var økningen særlig sterk. I 2009 hadde snus – for første gang siden 1948 – høyere markedsandel enn rulletobakk, og fra da av ble snus det nest største tobakksproduktet i Norge etter de fabrikkframstilte sigarettene. Etter 2010 har imidlertid salget av snus per innbygger vært uendret. I 2017 ble 40% av all innenlandsk omsatt tobakk konsumert i form av snus. En tilsvarende høy markedsandel for snus finnes i Sverige, men ikke i noen andre land.

Pipetobakk

Blant forbrenningsproduktene var salget av tobakk til piperøyking størst fram til 1960. Salgstoppen inntraff rett etter andre verdenskrig med ca. 850 gram per innbygger 15 år og over. Fra 1949 passerte imidlertid det samlede salget av rulletobakk og fabrikkframstilte sigaretter salget av pipetobakken, og sigarettøyking ble deretter den dominerende røykemåte. Den første femtenårsperioden etter krigen var likevel salget av pipetobakk stabilt - rundt 700 gram per innbygger over 15 år. Etter 1960 gikk imidlertid salget av pipetobakk kraftig tilbake, og i likhet med forbrukerne av skråtobakk og noe seinere rullerøykeren, står piperøykeren nå tilbake som et kuriøst innslag blant tobakkskonsumentene.

Sigarer/sigarillos

Anslagene for salget av sigarer/sigarillos før 1966 er de mest usikre i denne oversikten fordi salgsoppgavene ikke var standardiserte. Det likevel på det rene at omsetningen av disse produkttypene har utgjort en relativt liten andel av det totale tobakksalget i Norge.

Rullesigaretter

Rulling av røyketobakk i sigarettpapir har særlig vært et etterkrigsfenomen. Da tollene på sigarettpapir i 1960 falt bort, økte salget av rulletobakk hurtig. I få andre land har det vært solgt så mye rulletobakk per innbygger som i Norge. I perioden 1960 til 1995 var rulletobakken det mest solgte tobakksprodukt. Mens omsetningen av tobakk til rulling rett etter krigen var ca. 90 gram per innbygger over 15 år, var salget i toppåret 1975 på hele 1 320 gram. Dette året hadde rulletobakken alene en markedsandel på 60 %. Siden har omsetningen av rulletobakk vist en sterkt fallende trend. I 2017 var markedsandelen kun 15 %. Det totale volumet av rulletobakk som ble solgt fra norske tobakksforhandlere falt i det samme tidsrom fra 4500 tonn til i underkant av 500 tonn (vedleggstabell A2).

Fabrikkframstilte sigaretter

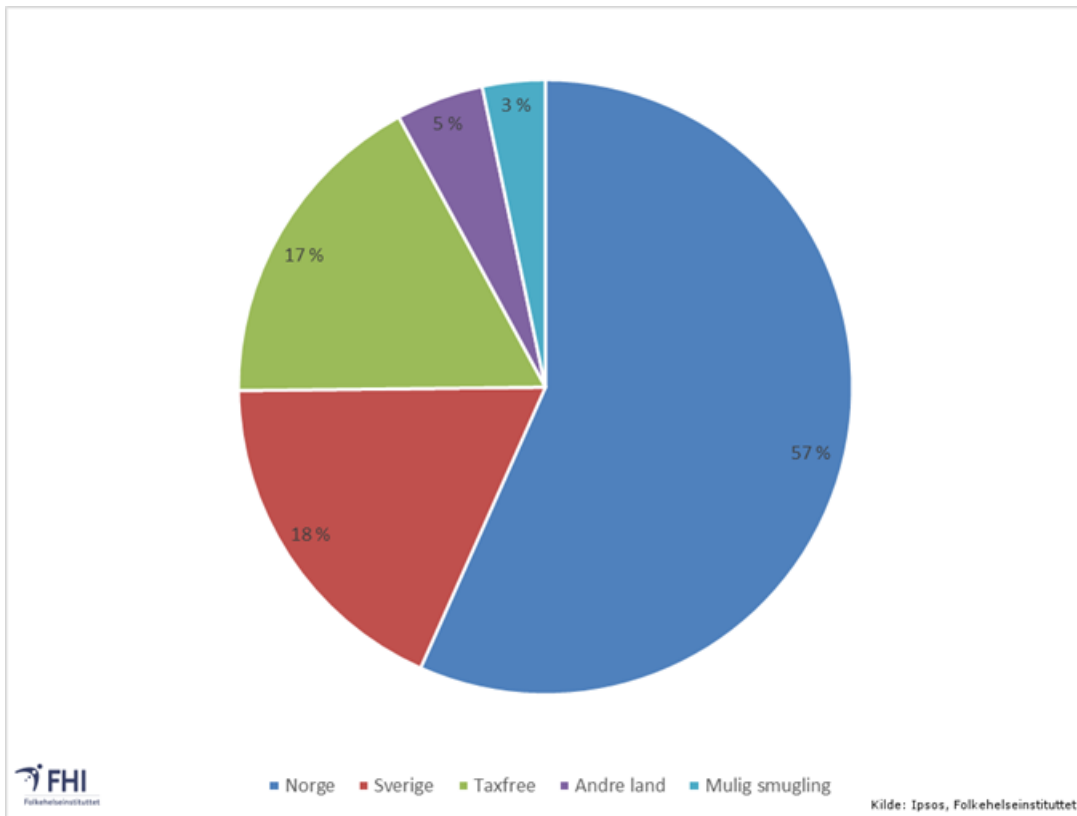
Ser vi bort fra krigsårene, viste salget av fabrikkframstilte sigaretter en noenlunde jevn stigning helt fram til 1992. Omsetningsøkningen var markant en periode på 1980-tallet, men likevel ikke stor nok til å oppveie for det reduserte salget av de andre tobakksproduktene - særlig rulletobakk - etter 1975. Mens det i 1909 kun ble omsatt 30 gram fabrikkframstilte sigaretter per innbygger over 15 år, hadde salget sitt toppunkt i 1992 med 875 gram per innbygger over 15 år. Salget ble deretter gradvis redusert og nedgangshastigheten økte fra 2004 fram mot 2017 hvor omsetningen kun var 344 gram per innbygger over 15 år. I total mengde var det registrerte salget av fabrikkframstilte sigaretter over 3000 tonn i 1992 og i underkant av 1500 tonn i 2017 (vedleggstabell A2).

Kjøp av tobakk fra uregistrerte forsyningskilder

De årlige røykevaneundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå har fra 1990 til 2014 inkludert spørsmål til dagligrøykere om opprinnelsesland for siste døgn sigarettforbruk. Fra 2015 overtok Ipsos oppgaven med å kartlegge forsyningskilder, og undersøkelsene ble samtidig utvidet til å omfatte snus og e-sigaretter.

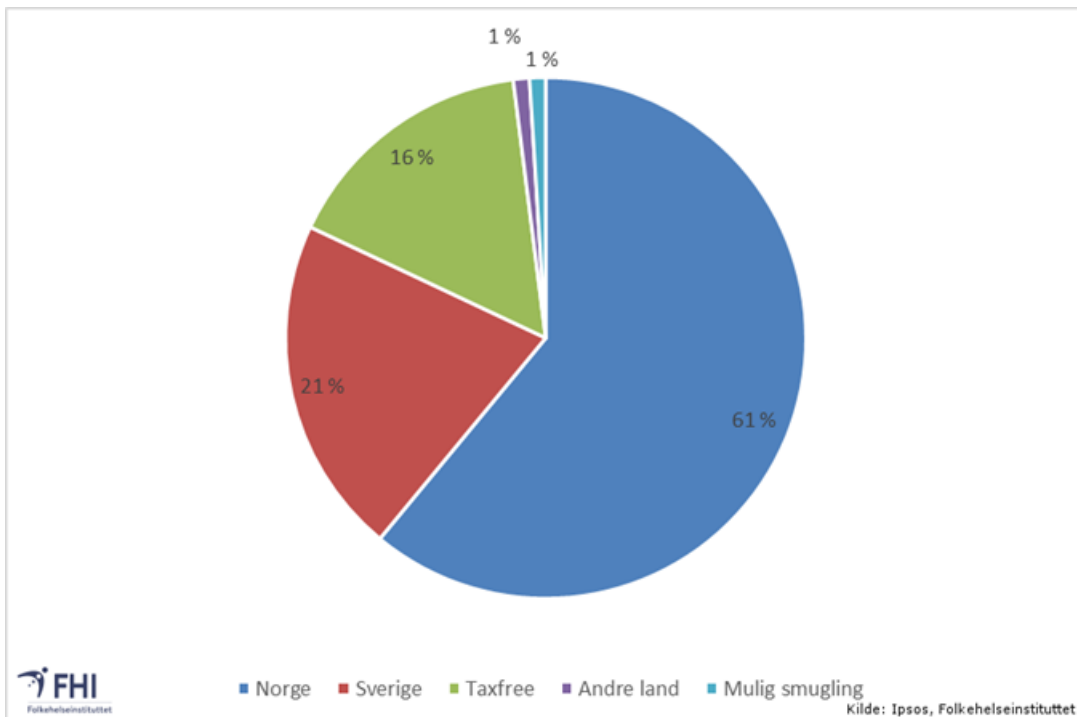
Fordelingen av forsyningskilder for sigaretter og snus i perioden 2015-2017 er vist i figurene 2 og 3. For begge produktene ble rundt 60 % av volumet handlet fra norske utsalgssteder. Det

resterende ble hovedsakelig handlet i Sverige og fra taxfree-butikker.



Figur 2:

Selvrapportert forsyningskilde for sigaretter røykt siste døgn fra dagligrøykere, i prosent. Data slått sammen for årene 2015-2017 (N=5513). Vedleggstabell A3 Kilde: Ipsos, Folkehelseinstituttet

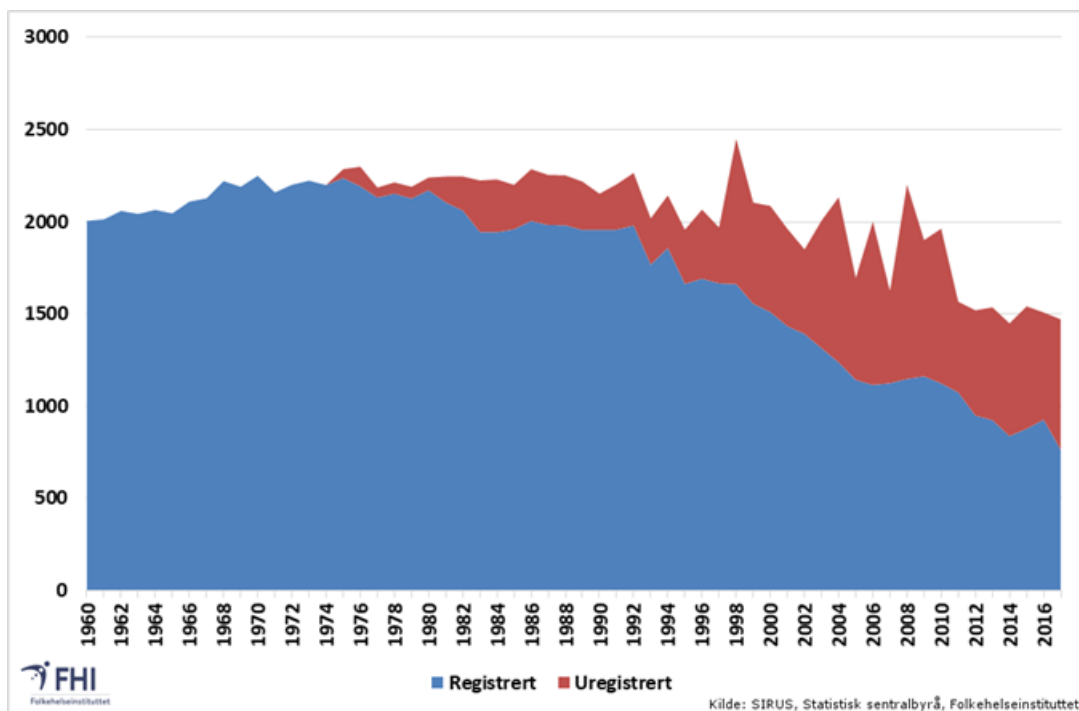


Figur 3:

Selvrapportert forsyningskilde for snus siste døgn, i prosent. Data slått sammen for årene 2015-2017 (N=5513). Vedleggstabell A4 Kilde: Ipsos, Folkehelseinstituttet

Estimering av det totale tobakksforbruket

Figur 4 viser det samlede estimerte forbruket av sigaretter, røyketobakk og snus i Norge når vi tar hensyn til omfanget av det uregistrerte volumet (minus smugling). Figuren viser at økningen i grensehandelen og den avgiftsfrie reiseimporten siden 1975 bare til en viss grad har kompensert for nedgangen i det registrerte salget. Mens toppunktet for det registrerte salget av tobakk i Norge var rundt 1975 (figur 1), så har sannsynligvis forbrukstoppen for norske røykere først inntruffet sent på 1990-tallet. I gjennomsnitt forbrukte hver voksen nordmann (15 år og over) 2200 gram tobakk i femårsperioden 1988-1992. Tjuefem år seinere, i perioden 2013-2017, var forbruket redusert til 1500 gram – en reduksjon på 28 %. Som det vil framgå, er det dårlig samsvar mellom denne forbruksutviklingen og den sterke nedgangen i andel som i undersøkelser rapporterer at de røyker. Den manglende korrespondansen illustrerer at datakildene er usikre.

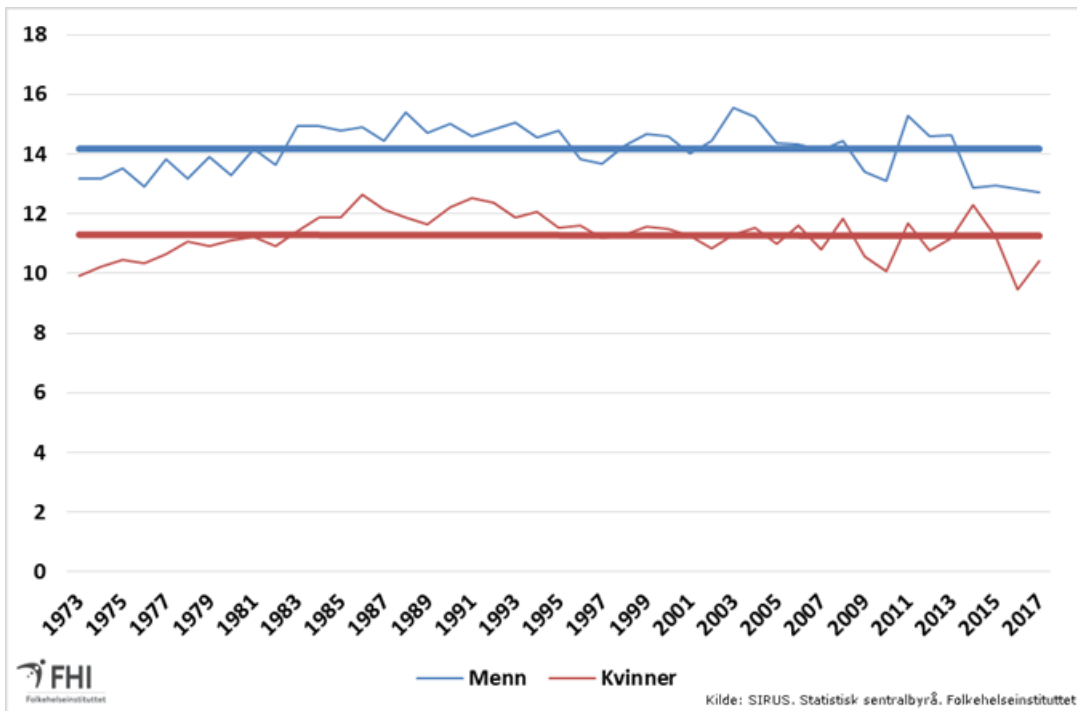


Figur 4:

Gjennomsnittlig samlet forbruk per innbygger 15 år + av sigaretter, røyketobakk og snus i gram, 1960-2017. Beregnet på grunnlag av kjøp fra forhandlere i Norge (registrert salg), kjøp i naboland (grensehandel) og kjøp fra flyplasser og ferjer (taxfree-salg). Smuglet tobakk er ikke med. Vedleggstabell A5 Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Selvrapportert forbruk av tobakk

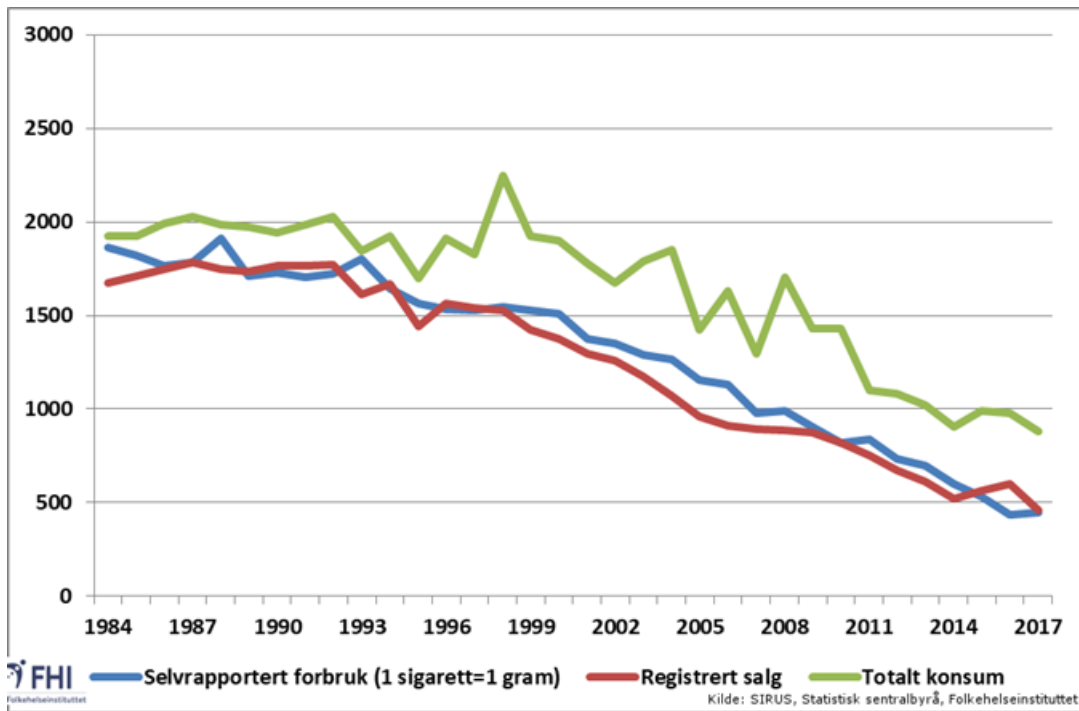
I 2017 var det selvrapporterte daglige forbruket per røyker 13 sigaretter for menn og 10 for kvinner. Figur 5 viser at dagskonsumet gjennomgående har vært ca. tre sigaretter høyere for mannlige sammenliknet med kvinnelige dagligrøykere i perioden 1973-2017. Det kan observeres en svakt stigende forbruksintensitet for røykere av begge kjønn. Økningen blir tydeligere dersom vi sammenligner med tidligere perioder. For perioden 1930-1950 var eksempelvis dagskonsumet ca. 8 sigaretter for menn og ca. 6 sigaretter for kvinner (Rønneberg, Lund and Hafstad 1994).

**Figur 5:**

Gjennomsnittlig forbruk av sigaretter per dag for mannlige (blå) og kvinnelige (rød) dagligrøykere i alderen 16-74 år, 1973-2017. Lineær trendlinje (tykk) basert på årlige observasjoner (tynn) Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

I figur 6 har vi sammenlignet utviklingen i det selvrapporterte konsumet med utviklingen i det registrerte innenlandske salget og utviklingen i det totale konsumet (registrert + uregistrert). Figuren illustrerer at det er manglende samsvar mellom det totale konsumet og det som lar seg beregne ut fra data i spørreskjemaundersøkelsene.

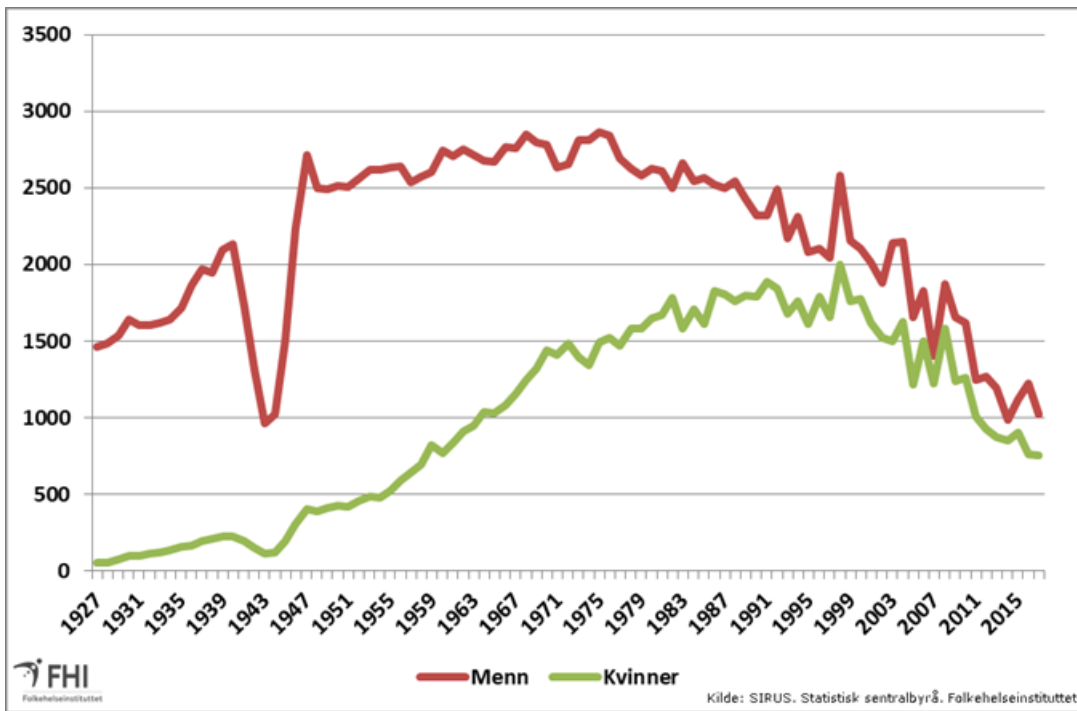
Underrapporteringen i slike undersøkelser har vært stor, og økende over tid. I 1984 utgjorde selvrapportert volum 95 % av det totale konsumet, mens det i 2017 kun utgjorde 51 %. Noe av forskjellen mellom selvrapportert forbruk og registrert salg skyldes at mengden sigaretter røykt av de som oppgir å røyke av og til, de som er under 15 år og de som er over 74 år ikke er med i beregningen for det selvrapporterte forbruket. Konsumet i disse gruppene vil likevel ikke kunne utligne den observerte forskjellen i selvpågitt forbruk og beregnet konsum fra registrerte og uregistrerte forsyningskilder, ei heller økningen over tid.

**Figur 6:**

Utviklingen i gjennomsnittlig selvrapportert forbruk (blå), registrert innenlands salg (rød) og totalt konsum (grønn) per innbygger 15 år +, 1984-2017. Gram sigaretter og rulletobakk Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Tobakksomsetningen fordelt på kvinner og menn

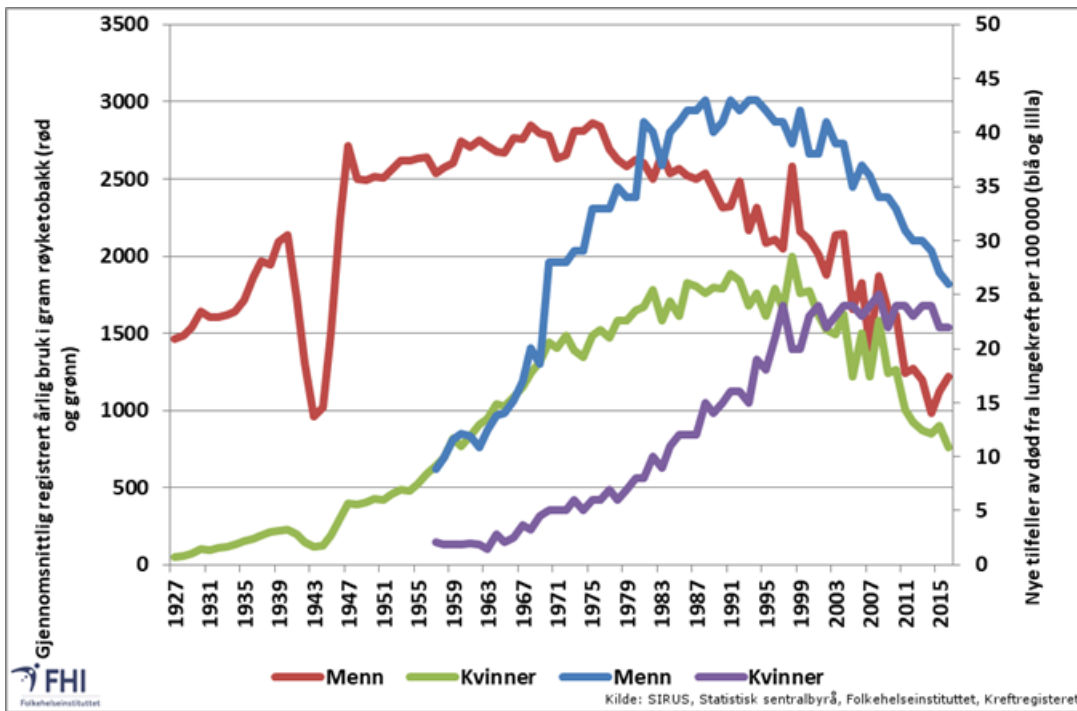
Figur 7 viser det årlige forbruket (registrert + uregistrert (fra og med 1975) av røyketobakk (fabrikkframstilte sigaretter, sigarer, pipe- og rulletobakk)[1] fordelt på kvinner og menn i perioden 1930-2017. Forbruket av sigaretter for menn over 15 år nådde i midten av 1970-årene en topp på 2,8 kg. Drøyt 35 år senere var forbruket nede i 1,5 kg, omtrent det samme som ved inngangen til 1930-årene. Rundt 15-20 år seinere enn for menn oppstod forbrukstoppen blant kvinner, med 1,8 kg. Deretter ble forbruket redusert til ca. 1,1 kg i 2007. I 1930 sto menn for ca. 95 % av sigarettforbruket, mens de i de siste tiår har stått for rundt 55 %. I løpet av røykeepidemiens siste 85 år har ca. 70 % av den akkumulerte mengden på 1,5 trillioner sigaretter blitt konsumert av menn. I et langtidsperspektiv har dermed menn både hatt lengre og en mer intensiv eksponering for sigaretter enn hva gjelder kvinner, noe som eksempelvis gjenspeiles i kjønnsforskjellen i lungekreftinsidens (figur 8).



Figur 7:

Beregnet gjennomsnittlig årlig bruk i gram røyketobakk for kvinner (grønn) og menn (rød) 15 år+ i perioden 1927–2017. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Kreft i lunge er den sykdommen som har sterkest sammenheng med sigarettøyking. Om lag 90 % av alle tilfeller blant menn og 80 % blant kvinner skyldes røyking. Krefttrisikoen øker med antall sigaretter per dag og varighet på røykekarriere (U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) 2014). I figur 8 er raten for nye tilfeller av lungekreft vist sammen med utviklingen i sigarettforbruket for kvinner og menn. Kurvene viser at veksten i lungekreft har et parallelt forløp med økningen i sigarettforbruket, men med flere tiårs forsinkelse. I løpet av 1990-årene avtok veksten i lungekreft for menn, og dette har sammenheng med den forutgående nedgangen i røyking. Utflatingen i kvinners sigarettforbruk skjedde noe seinere enn for menn, og har ennå ikke rukket å forplante seg i en tilsvarende nedgang i lungekreft.



Figur 8:

Gjennomsnittlig årlig bruk i gram sigaretter for kvinner (grønn) og menn (rød), 15 år+ i perioden 1927–2016 og nye tilfeller av lungekreft per 100 000 (aldersjustert) for menn (blå) og kvinner (lilla) 1957–2014. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet, Kreftregisteret

Referanser

Rønneberg, Alf, Karl Erik Lund, and Anne Hafstad. 1994. "Lifetime Smoking Habits among Norwegian Men and Women Born between 1890 and 1974." *International Journal of Epidemiology* 23(2):267-76.

U.S. Department of Health and Human Services. 2014. "The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General." Rockville, MD.

[1] For utregning av uregistrert forbruk antar vi at andelen uregistrerte kjøp av rulletobakk, sigarer og pipetobakk er lik som for sigaretter.

Utbredelse av sigarettøyking i Norge

Kort om utviklingstrekk for sigarettøyking, både daglig og av og til, over de siste fire tiårene i Norge. Artikkelen beskriver også røyking i ulike aldersgrupper, fødselskohorter og geografiske regioner.

Hovedpunkter

- Dagligrøyking blant menn har vist en jevn nedgang over de siste fire tiårene. Blant kvinner var andelen dagligrøykere stabil fram til slutten av 1990-tallet før den begynte å synke.
- Dagligrøyking har vært mindre utbredt blant kvinner i hele perioden, med unntak av det siste tiåret da andelen dagligrøykere har vært lik for menn og kvinner.
- Andelen som røyker av og til har vært stabil, rundt 10 %, fra midten av 1970-tallet til i dag og lik for kvinner og menn

Endring i røykevaner blant menn og kvinner over tid og mellom fødselskohorter

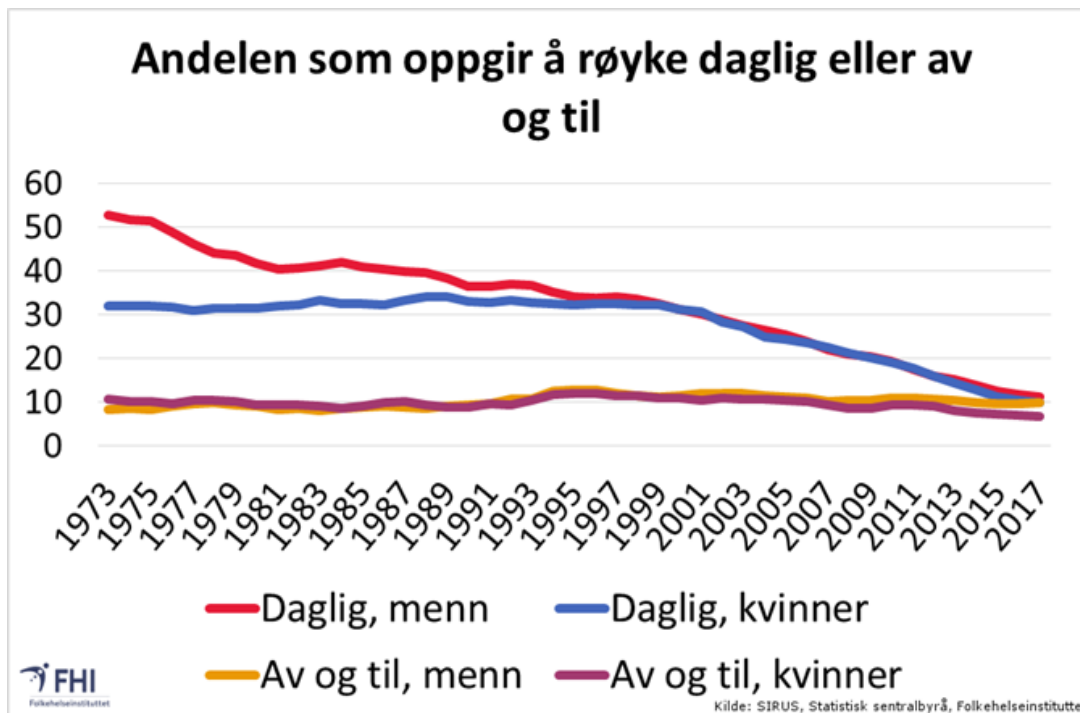
Sigarettenes popularitet endret seg dramatisk i løpet av det 20. århundre. Som følge av nye tekniske nyvinninger mot slutten av det 19. århundre, som automatisert produksjon og nye prosesser for å behandle tobakksbladene på, ble sigaretter billigere og lettere å røyke (Brandt 2007). Dette, sammen med aggressiv markedsføring, førte til at sigarettens popularitet økte kraftig og i tiårene som fulgte fortrent de i stadig større grad andre måter å innta tobakk på, slik som pipe- og sigarrøyking og nesensnus.

I Norge steg populariteten blant menn raskt og i perioden 1930 til 1960 røykte over 60 % daglig. Da populariteten begynte å falle blant menn tok kvinnene over, om i noe mindre grad. Fra slutten av 1960-tallet og helt til årtusenskiftet røykte mellom 30 og 40 % av kvinnene daglig (Lund, Lund og Bryhni 2009). Dette medførte at sigarettkonsumet per innbygger toppet seg så sent som i 1998. Da konsumerte hver nordmann i gjennomsnitt 780 gram tobakk, til sammen 2700 tonn. I tillegg til en markant faseforskyvning mellom menn og kvinner, har også sosial status vært av stor betydning for utbredelsen av røyking. Betydningen av ulike markører for sosial status for røyking undersøkes nærmere i artikkelen om røyking og sosial ulikhet.

Statistisk sentralbyrå, i samarbeid med Helsedirektoratet, tidligere Statens institutt for rusmiddelforskning og nå Folkehelseinstituttet, har overvåket nordmenns røykevaner årlig siden 1973. I korte trekk kan endringen fra 1973 til i dag beskrives som en stabil nedgang i røyking. I 1973 røykte i overkant av 40 % av den voksne befolkningen daglig. I dag er andelen 10 %. Disse tallene kamuflerer imidlertid store forskjeller mellom menn og kvinner. I tillegg, gitt de negative konnotasjonene røyking har fått over de siste tiårene, er det sannsynlig at den reelle andelen som røyker i befolkningen er noe høyere enn det vi finner i surveydataene.

Fram mot årtusenskiftet var det flere menn enn kvinner som rapporterte at de røykte daglig. Mot vår tid konvergerer røykeandelene og i 2017 var det små eller ingen kjønnsforskjeller i

dagligrøyking. Samtidig har utbredelsen av personer som oppgir å røyke av og til vært noenlunde den samme for begge kjønn i hele perioden etter 1973 (figur 1).



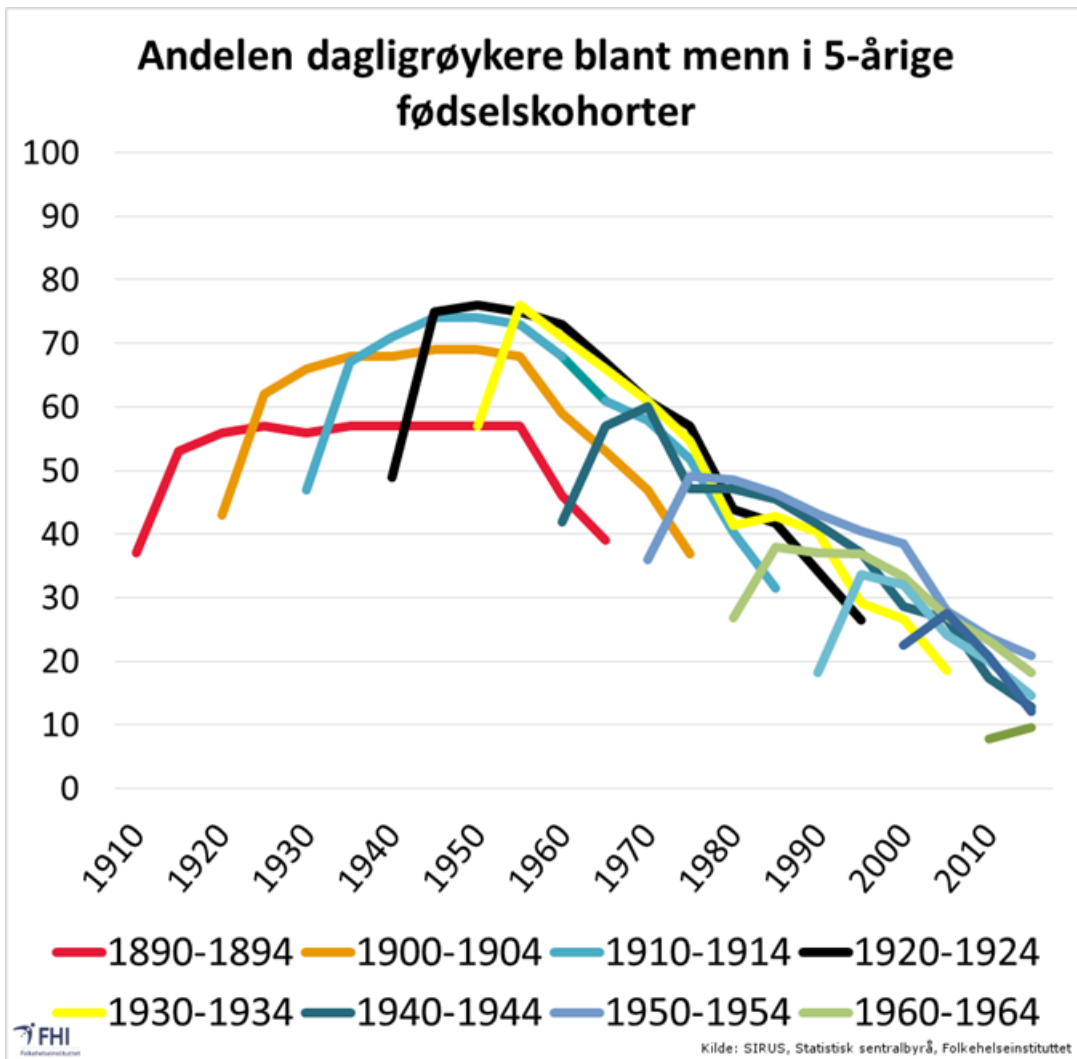
Figur 1:

Andelen menn og kvinner i alderen 16-74 som oppgir å røyke daglig eller av og til, i prosent, 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell B1. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Med unntak av hjerte- og karsykdommer vil mange alvorlige røykerelaterte sykdomstilstander først inntre etter lang tids røyking. Dette gjelder eksempelvis lungekreft, som har en 'inkubasjonstid' på ca 30 år, og KOLS. Andre former for kreft utvikles generelt også etter flere års røyking, og til tross for hjerte-/karsykdommenes mer akutte natur, forekommer de oftere blant middelaldrende og eldre røykere som også kan ha andre diagnoser som bidrar til å øke risikoen, for eksempel høyt blodtrykk (Doll et al. 1994).

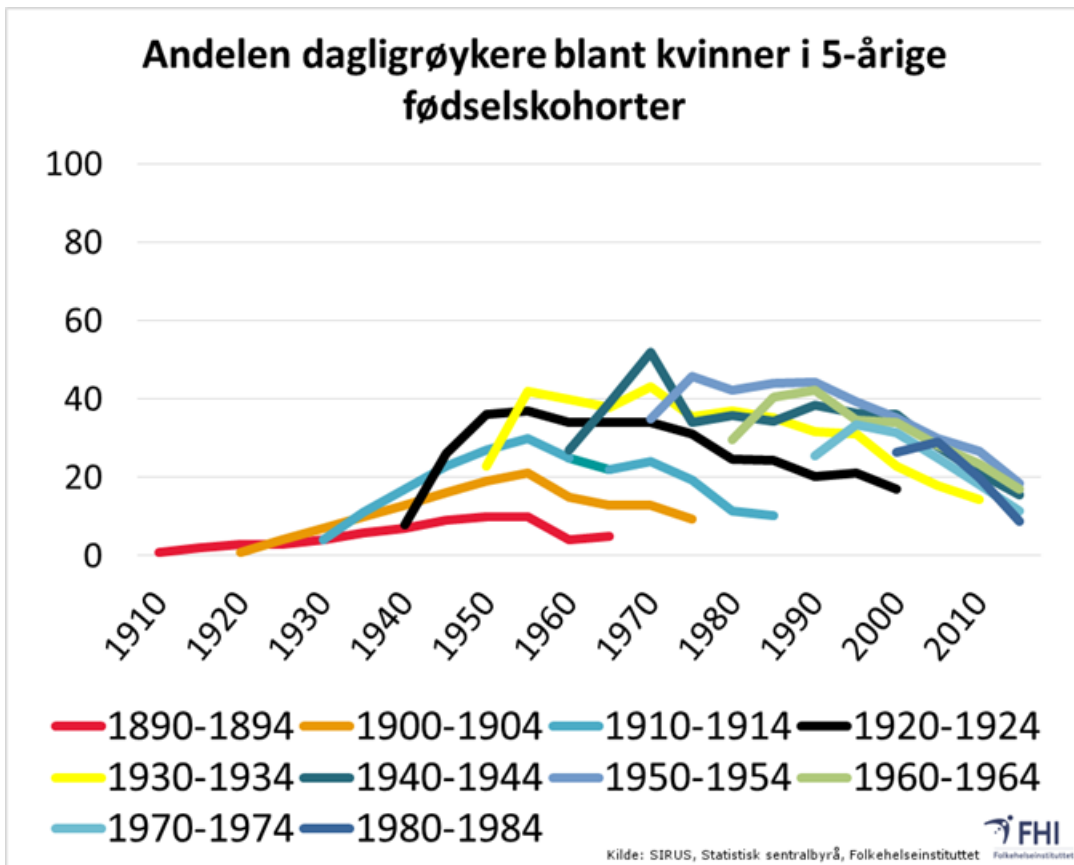
Det lange tidsperspektivet når det gjelder utvikling av disse sykdommene, og forskjellene i risikonivå i ulike aldersgrupper, gjør det interessant å studere alderssammensetningen av røykebefolkningen mer detaljert. Selv om andelen røykere i befolkningen som helhet gir en god pekepinn på utviklingen av røykeepidemien, kan gjennomsnittstallet tilsløre viktige aspekter. Dette gjelder eksempelvis utviklingen i utbredelsen av røyking på ulike alderstrinn. Ved hjelp av unike historiske sett med røykedata lar det seg gjøre å studere røyking i generasjoner født helt tilbake fra 1890 og fram til i dag (Lund and Lund 2014; Rønneberg, Lund and Hafstad 1994).

En grafisk framstilling (figur 2) viser at forekomsten av sigarettøyking var høyest for menn født i perioden 1920-1930 da disse var unge voksne rett etter andre verdenskrig. For etterfølgende generasjoner inntraff toppunktet for røyking på et lavere nivå, og nedgangen fra toppnivået startet tidligere i deres livsløp.

**Figur 2:**

Andelen dagligrøykere blant menn fra utvalgte 5-årige fødselskohorter, etter år. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet.

For kvinner startet økningen i andelen som røykte langt senere enn hos menn – både i historisk og biografisk forstand (figur 3). De eldste kvinnegenerasjonene hadde aldri mer enn 10 % røykere, mens utbredelsen av røyking blant kvinner født i perioden 1940-45 ble langt høyere. Andelen kvinner som røykte daglig var omtrent like høy som andelen blant menn for de tre kohortene født på 1960, 70 og 80-tallet. Nedgangen i røyking blant kvinner har først og fremst funnet sted i løpet av de siste 20 år, dvs. etter 1985.

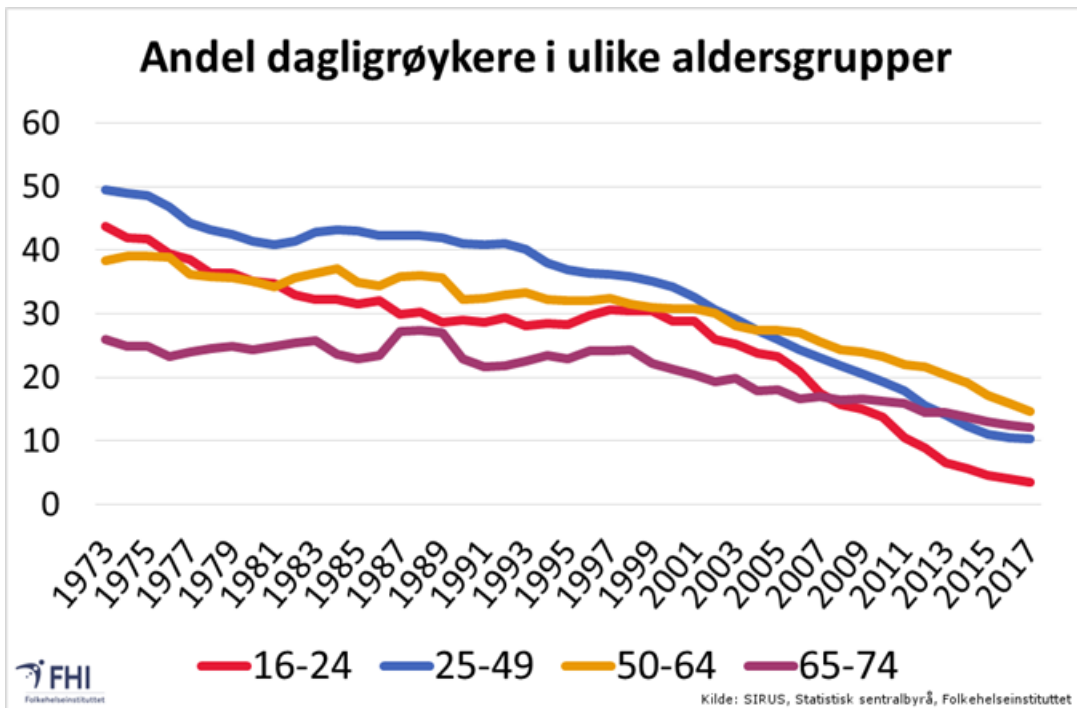
**Figur 3:**

Andelen dagligrøykere blant kvinner fra utvalgte 5-årige fødselskohorter, etter år. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Endringer mellom generasjonene i debutalder for røyking, sluttetidspunkt i livsløpet og varighet av røykekarriere er faktorer som vil påvirke sammensetningen av røykepopulasjonen, uten at dette trenger å gi seg utslag i endring i den totale andel av befolkningen som røyker.

Aldersforskjeller i røyking over de siste tiårene

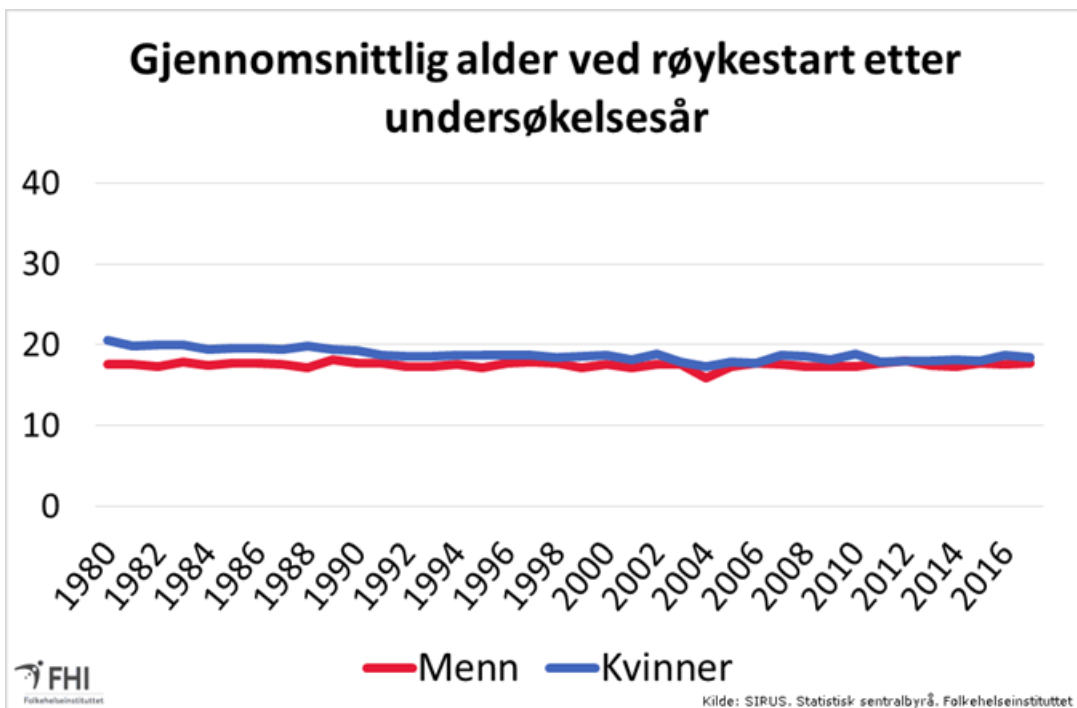
I årene etter 1973 har andelen røykere blitt redusert i alle aldersgrupper, med en tendens mot raskere nedgang etter årtusenskiftet (figur 4). Høyest forekomst av røyking finner vi blant unge voksne og de middelaldrende (25 til 64 år), mens det er færre som røyker både i den yngste og den eldste aldersgruppen. Samtidig er nedgangen i røyking over de siste ti årene større blant unge sammenliknet med eldre aldersgrupper. I de siste årene er derfor røyking mer utbredt blant personer i aldersgruppen 65-74 enn personer som er 49 år eller yngre.

**Figur 4:**

Andel dagligrøykere av begge kjønn i ulike aldersgrupper, i prosent, 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell B4. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Debutalder for røyking

Gjennomsnittlig debutalder for røyking (blant daglig-, av og til- og tidligere dagligrøykere) har vært temmelig konstant over tid. Blant kvinner falt gjennomsnittsalderen marginalt fra 20 år i 1980 til ca. 18 år i 2017 (figur 5). Blant menn har debutalderen vært rundt 18 år i hele perioden.

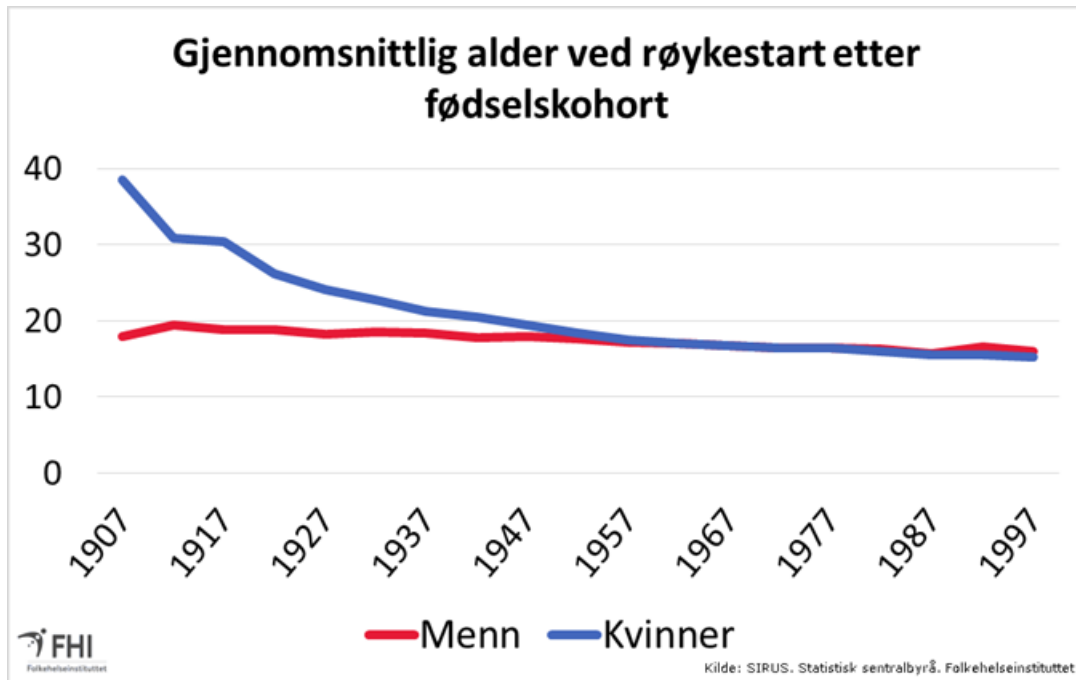


Figur 5:

Gjennomsnittlig alder ved røykestart for kvinner og menn etter undersøkelsesår, 1980-2017. Vedleggstabell B5, treårig glidende gjennomsnitt.

Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Fra figur 5 vil det være nærliggende å tro at kvinner begynner tidligere i livet enn før. Mer sannsynlig er det at kvinner som ble spurt om sine røykevaner på begynnelsen av 1970-tallet vokste opp i en tid da kvinners sosiale og økonomiske muligheter til å røyke var innskrenket og at debutalderen i disse fødselskohortene derfor var mye høyere enn i dag. Dette vises tydelig om vi plotter gjennomsnittlig debutalder etter fødselskohort (figur 6).

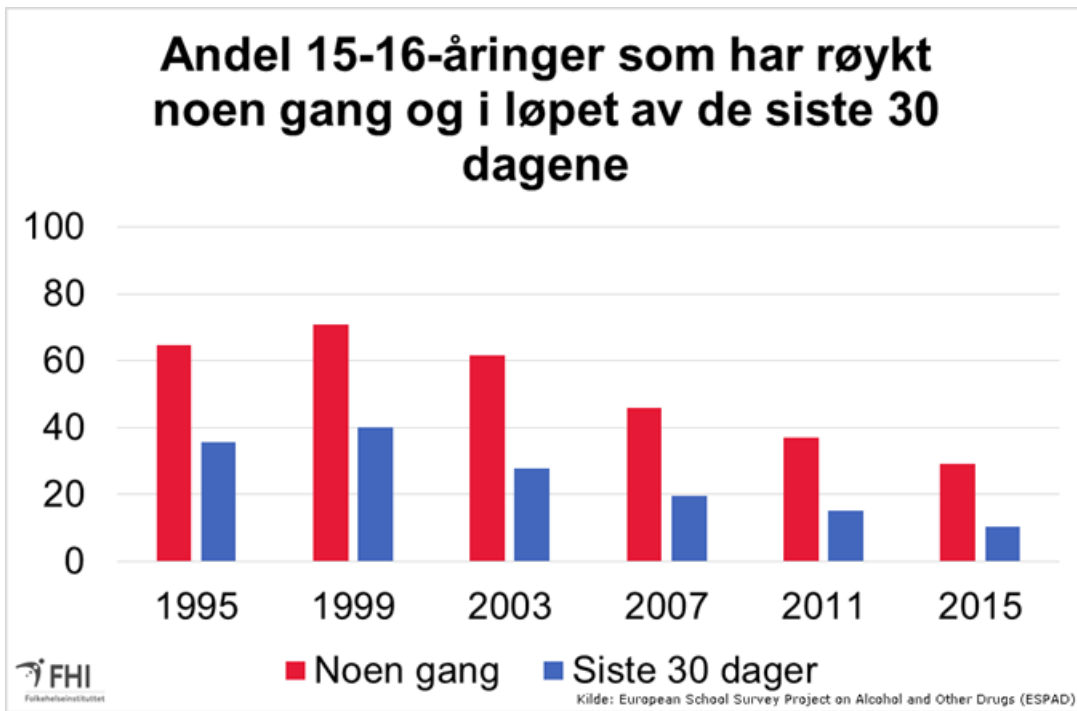
**Figur 6:**

Gjennomsnittlig alder ved røykestart for kvinner og menn, etter fødselskohort 1980-2017.

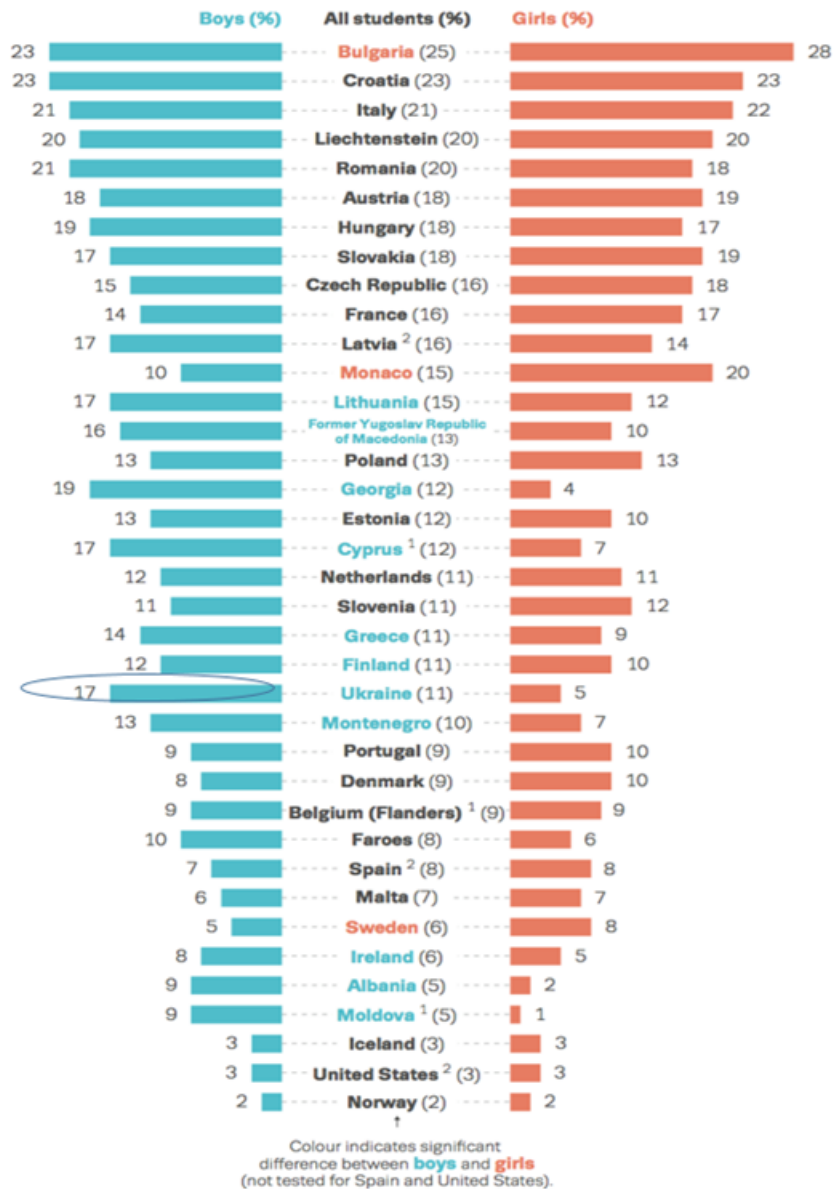
Vedleggstabell B6, treårig glidende gjennomsnitt. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Røyking blant ungdom

Siden årtusenskiftet har andelen 15-16 åringer som har eksperimentert med sigaretter, det vil si røykt noen gang, blitt mer enn halvert, fra 70 til 29 %. Tilsvarende reduksjon har også blitt observert i andelen som oppgir å ha røykt sigaretter i løpet av siste måned (figur 7). Sammenlignet med andre europeiske land er forekomsten av sigarettøyking blant unge i Norge meget lav (figur 8).

**Figur 7:**

Andel 15-16-åringer som har røykt sigaretter henholdsvis noen gang og i løpet av de siste 30 dagene på ulike tidspunkt, 1995,1999,2003,2007,2011 og 2015. Kilde: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)



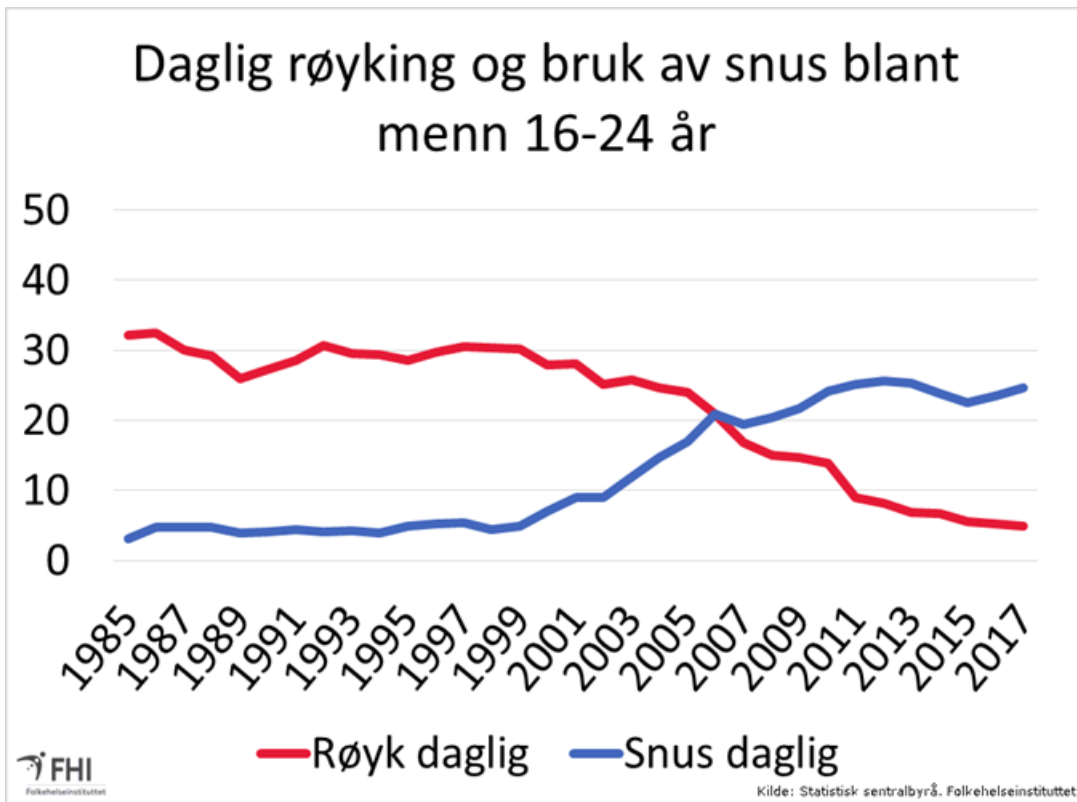
¹ Belgium (Flanders), Cyprus and Moldova: limited geographical coverage.

² Latvia, Spain and United States: limited comparability.

Figur 8:

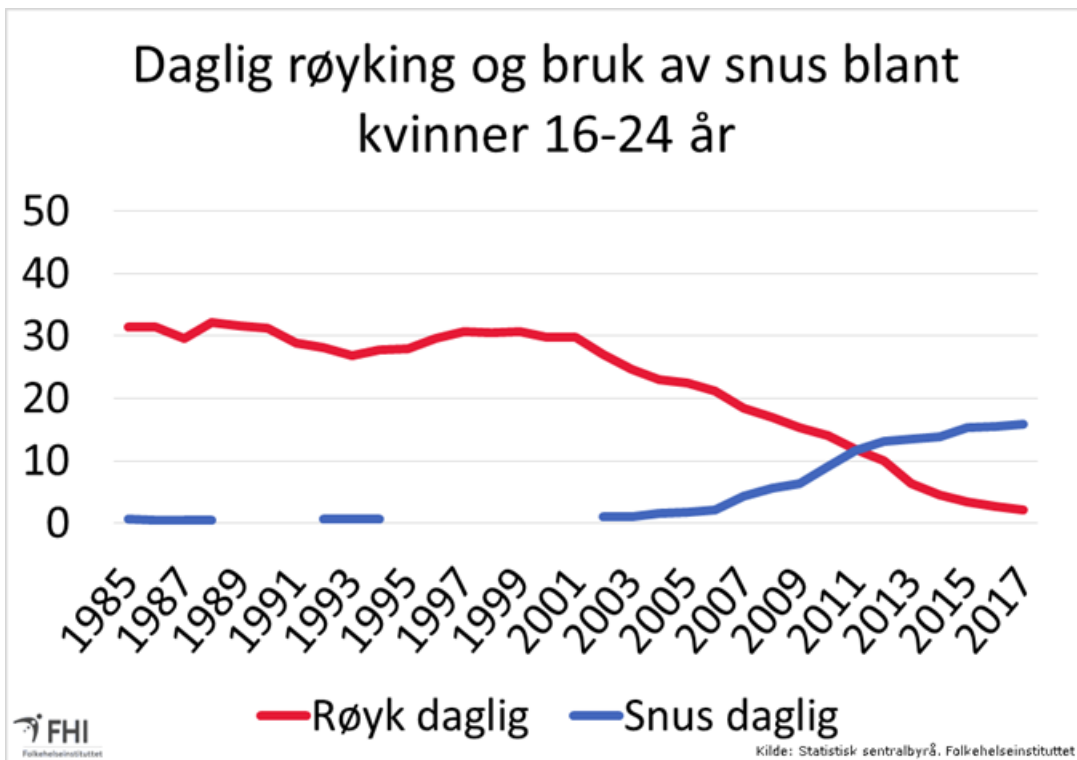
Andel 15-16 år gamle jenter og gutter i ulike land som har røykt sigaretter siste 30 dager, 2015. Kilde: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)

Det særlig lave nivået av røyking blant ungdom i Norge skyldes flere forhold. Norge har i mange år vært raske til å implementere tiltak som sannsynligvis gjør det mindre attraktivt å røyke, som f.eks. begrensninger på hvor man kan røyke, bilder og beskjeder på tobakkspakkene som advarer mot røyking, forbud mot tipakninger, hyppige prisøkninger m.m. I tillegg, samtidig som det er blitt vanskeligere å røyke har røyking som sosialt fenomen blitt stadig mer negativt ladet. Der røyking før kunne fremstå som sofistisert, elegant, tøft, maskulin/feminint og som et symbol på frihet og opprør, assosieres røyking i dag med sykdom, avhengighet, utenforskap og lav sosioøkonomisk posisjon. Det er også nærliggende å tro at økningen i bruk av snus kan ha bidratt til å redusere andelen av røykere ytterligere. Som vist i figurene 9 og 10 var det en sterk invers korrelasjon mellom økningen i snusbruk og nedgangen i røyking i aldersgruppe 16-24 år i årene 1985 til 2017.

**Figur 9:**

Daglig bruk av sigaretter og snus blant menn i aldersgruppen 16-24 år i perioden 1985-2017 (treårig glidende gjennomsnitt).

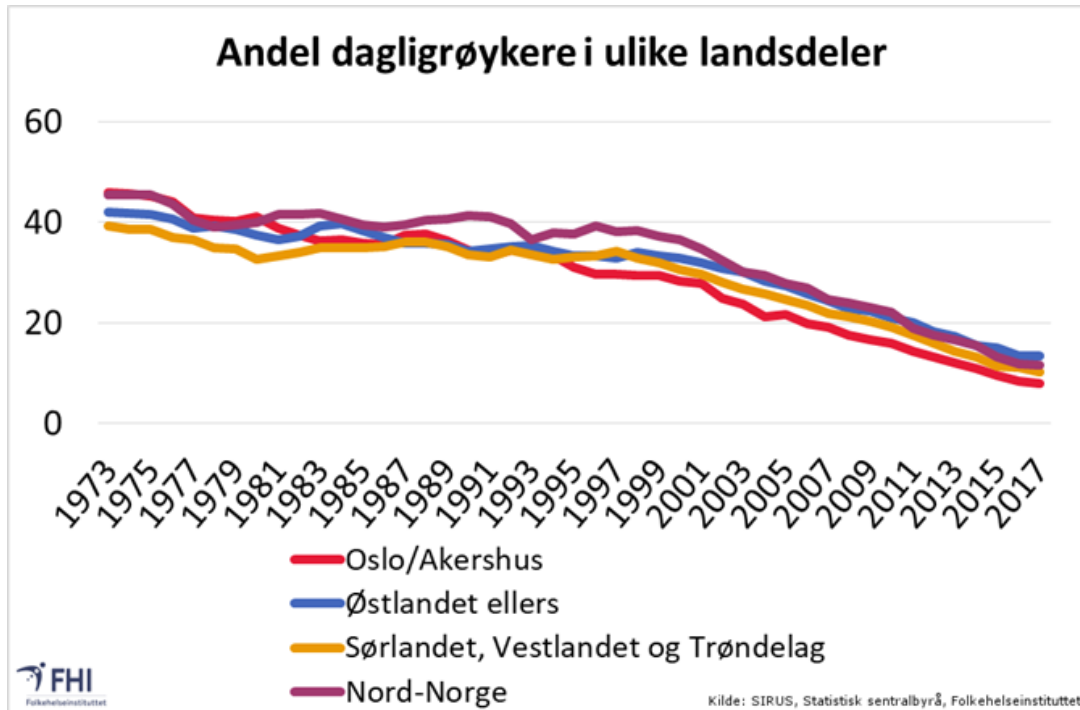
Kilde: Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

**Figur 10:**

Daglig bruk av sigaretter og snus blant kvinner i aldersgruppen 16-24 år i perioden 1985-2017 (treårig glidende gjennomsnitt). Kilde: Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Utbredelse av røyking etter geografi

Geografisk sett har det i hele perioden vært større andeler røykere i Nord-Norge enn i resten av landet (figur 9). Inntil midten av 1980-tallet lå også Oslo høyt oppe, men deretter har andelen røykere i Oslo-regionen falt, slik at regionen i årene etter 1995 har hatt lavere andel røykere enn andre landsdeler. Motsatt tendens karakteriserer utviklingen på Sør/Vestlandet/Trøndelag. Etter å ha hatt relativt lav røykeandel fram til midten av 1990-tallet, har røykeandelen i regionen senere ligget omtrent midt i spekteret. Felles for alle landsdeler er imidlertid at røykeandelene går ned, og forskjellene mellom landsdeler er også blitt gradvis mindre.

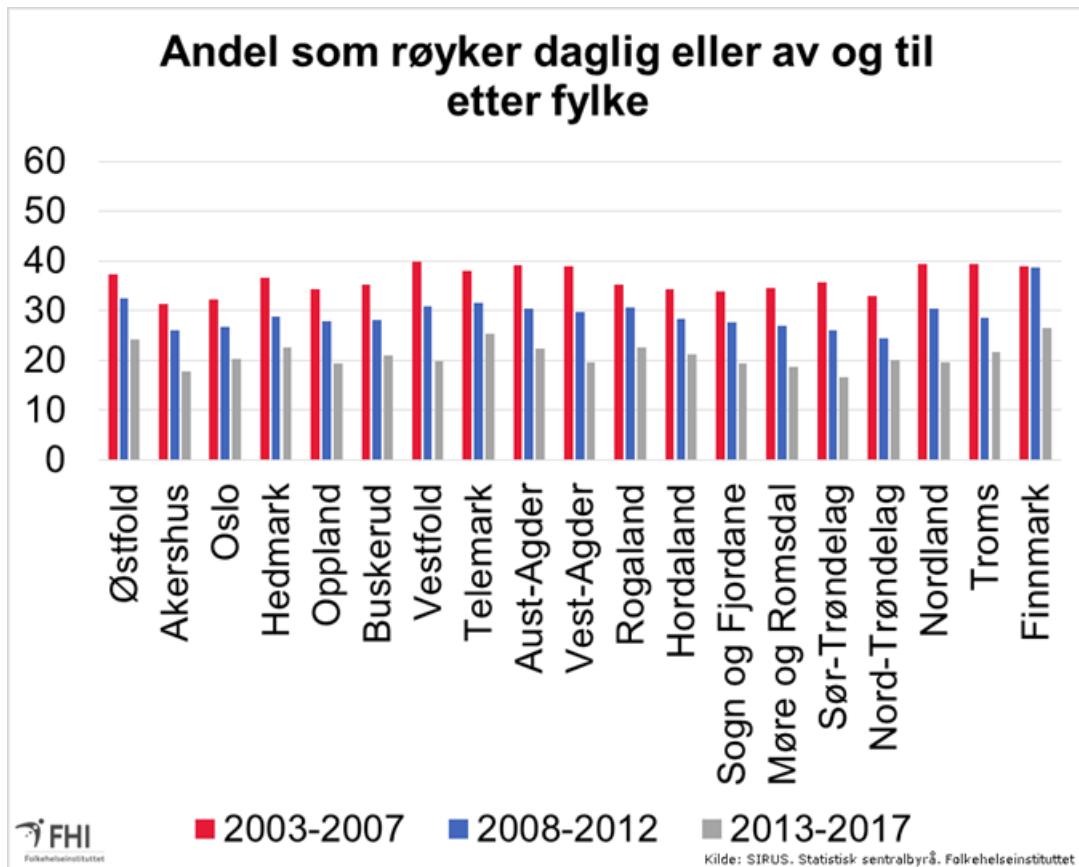


Figur 11:

Andel dagligrøykere blant menn og kvinner i ulike landsdeler 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell B9. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

En oversikt over andelen som røyker etter fylke i perioden 2013-17 viser at Finnmark, Telemark og Østfold hadde den høyeste andelen daglig og av og til-røykere med henholdsvis 27, 25 og 24 % (figur 10). Andre fylker der andelen var over 20 % var Hedmark, Buskerud, Aust-Agder, Rogaland og Troms.

Fylket med de laveste andelene røykere var Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal og Akershus. Oslo hadde en lav andel dagligrøykere (ni prosent), men en forholdsvis høy andel som røykte av og til (11 %). Østfold og Finnmark hadde de høyeste andelene av dagligrøykere, 16 % (ikke vist i figuren). Røyking har falt relativt kraftig over de tre periodene 2003-07, 2008-12 og 2013-17 i alle fylker. Særlig stort var fallet i Finnmark fra 2008-12 til 2013-17. I vedleggstabell B12 finnes en oversikt over andelen som røyker daglig og av og til blant menn og kvinner for hvert fylke.

**Figur 12:**

Andel som røyker daglig eller av og til i de ulike fylkene i periodene 2003-2007, 2008-2012 og 2013-2017. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Referanser

Brandt, Allan M. 2007.

The cigarette century: the rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America. New York: Basic Books.

Doll, R, R Peto, K Wheatley, R Gray, and I Sutherland. 1994. "Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors." *BMJ* 309:901 - 11.

Lund, Ingeborg, and Karl Erik Lund. 2014. "Lifetime smoking habits among Norwegian men and women born between 1890 and 1994: a cohort analysis using cross-sectional data." *BMJ Open* 4(10).

Lund, KE., M. Lund, and A. Bryhni. 2009. "Fordeling av det totale tobakkskonsumet på kvinner og menn i perioden 1927-2007." *Tidsskr Nor Lægeforen* 18(129):1871-4.

Rønneberg, Alf, Karl Erik Lund, and Anne Hafstad. 1994. "Lifetime Smoking Habits among Norwegian Men and Women Born between 1890 and 1974." *International Journal of Epidemiology* 23(2):267-76.

Av-og-til-røyking

Denne artikkelen beskriver den gruppen som rapporterer at de røyker, men ikke daglig. I Norge omtales de som av-og-til- røykere, i internasjonal tobakksforskning brukes begreper som «occasional» eller «intermittent smokers». Av-og-til- røykerne skiller seg fra dagligrøykere på flere områder, og det er også stor variasjon i hvor mye en av-og-til- røyker konsumerer av sigaretter.

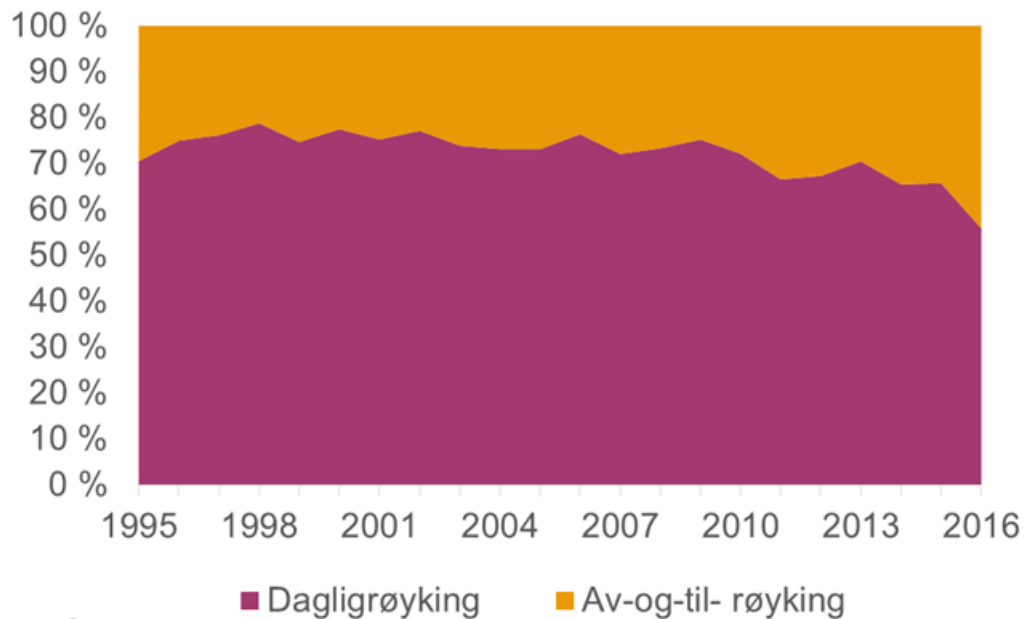
Hovedpunkter

- Andelen av-og-til- røykere har ligget stabilt på om lag ti prosent de siste 10-20 årene.
- Sammenlignet med dagligrøykerne er av-og-til- røykerne yngre, oftere kvinner, mer urbane og har høyere utdanning og inntekt.
- Det er stor variasjon i av-og-til- røykernes ukentlige sigarettforbruk
- Av-og-til-røykerne er mindre nikotinavhengige enn dagligrøykere, og knytter sin røyking i større grad til bestemte sosial situasjoner.

Stabil andel av-og-til-røykere

Forekomsten av av-og-til-røyking i Norge har ligget stabilt på om lag ti prosent de siste tretti årene, de siste årene har andelen ligget på mellom 8-9 prosent. Av-og-til-røyking har ikke fulgt den nedadgående trenden vi har sett for dagligrøyking (se Vedleggstabell B1 og Utbredelse av røyking i Norge). Etter hvert som andelen dagligrøykere har gått ned, utgjør derfor av-og-til-røykere en større andel av den totale røykepopulasjonen enn tidligere. I 2000 utgjorde av-og-til-røykerne 25 % av alle røykerne, mens denne andelen i 2016 hadde steget til 40 % (figur 1).

Relativ fordeling av daglig og av-og-til-røykere i perioden 1995-2016, 16-74 år



Figur 1:

Relativ fordeling av daglig og av-og-til-røykere i perioden 1995-2016, 16-74 år. Kilde: Folkehelseinstituttet og SSB.

Kjennetegn ved av-og-til-røykerne

Av-og-til-røyking har ofte blitt sett på som en overgangsfase til mer høyfrekvent røyking eller som et ledd i nedtrapping av dagligrøyking. I den senere tid har imidlertid flere studier vist at mange av-og-til-røykere opprettholder et lavfrekvent røykemønster over tid uten å gå over til å røyke daglig. Dette framkommer blant annet i en norsk studie som fant at om lag en fjerdedel av dem som røykte av og til ved 21 års alder også røykte av og til seks år seinere (Kvaavik, von Soest, et al., 2014). Funn fra norsk forskning viser også gjennomgående at av-og-til-røykerne er ulike dagligrøykerne både når det gjelder demografiske og psykososiale kjennetegn og røykemønster; de er yngre, i større grad kvinner, mer urbane, de har høyere utdanning og inntekt, de har foreldre med høyere utdanning og har selv bedre skoleprestasjoner i ungdomsårene enn dagligrøykerne. Videre har de i mindre grad uorganisert fritid, større grad av foreldrekontroll og færre har venner som røyker enn det dagligrøykerne har. Også når det gjelder annen tobakksrelatert atferd er det forskjeller mellom av-og-til- og dagligrøykerne ved at av-og-til-røykerne er mindre nikotinavhengige, oftere bruker snus og oftere begrenser røykingen til bestemte sosiale situasjoner (Kvaavik, Scheffels, et al., 2014; Kvaavik, von Soest, et al., 2014). Disse resultatene støttes av funn fra internasjonal forskning (Schane et al., 2009; Shiffman, 2009; Shiffman et al., 2012). I en norsk kvalitativ intervjustudie fortalte av-og-til-røykerne som deltok at de ofte røykte i situasjoner hvor de også drakk alkohol, og at de oppfattet egen røyking som forskjellig fra dagligrøyking (Scheffels & Tokle, 2017).

Av-og-til-røykerne som røyker hyppigst (flere ganger per uke) har en tendens til å skåre lavere på indikatorer for sosial status (utdanning, inntekt, stilling og trygdestatus) enn dem som røyker sjeldnere. De har også et høyere ukentlig forbruk av sigaretter, skårer høyere på nikotinahengighet og opplever situasjonsbetinget røyksug i større grad enn de som røyker sjelden. De av-og-til-røykerne som røyker sjelden, anser seg også i langt større grad som ikke-røykere enn de som røyker flere ganger i uken (Kvaavik, Scheffels, et al., 2014).

Det er altså betydelig variasjon innad i gruppen av av-og-til-røykerne i Norge, både med hensyn til bakgrunn og røykerelatert atferd. Høyfrekvente av-og-til-røykere har likhetstrekk med dagligrøykerne, mens lavfrekvente av-og-til-røykere likner mer på ikke-røykerne. Av-og-til-røykerne utgjør i dag en betydelig andel av røykepopulasjonen i Norge, og kartlegging av denne gruppen av røykere vil være viktig også i fremtiden med tanke på tobakkspolitiske tiltak rettet mot disse røykerne.

Noen studier antyder en betydelig negativ helseeffekt ved av-og-til- røyking eller lavt daglig sigarettforbruk (Hackshaw et al., 2018; Luoto et al., 2000; Løchen et al., 2017). Det er imidlertid stor usikkerhet rundt hvor farlig lavt sigarettforbruk er, både fordi av-og-til- røykerne er en svært heterogen gruppe, det er vanskelig å klassifisere av-og-til- røykerne, og fordi statusen som av-og-til røyker er ustabil over livsløpet. Meta-studien har også blitt møtt med kritikk blant annet fordi den baserer seg på svært få studier som ser på lavt daglig sigarettforbruk (<https://www.bmj.com/content/360/bmj.j5855/rapid-responses>).

Røykeslutt blant av-og-til-røykere

Av-og-til-røykere oppgir ofte å ha stor tro på at de kan greie å slutte å røyke, og mange har også konkrete planer om å slutte i nær framtid. Dette kan ha sammenheng med at de skårer lavere på nikotinahengighet enn dagligrøykerne. Det er vanligst blant av-og-til-røykere at røykingen foregår i tilknytning til helg og på fest, og i mindre grad i løpet av arbeidsuken, men variasjonen er stor. I Norge oppgir omtrent en tredjedel av av-og-til-røykerne at de røyker flere ganger i uken, og to tredjedeler at de røyker en gang i uken eller sjeldnere (Kvaavik, Scheffels, et al., 2014).

Det er vist at skillene mellom de ulike kategoriene av røyking kan flyte over i hverandre i røykernes egne definisjoner, noe som ikke kan ses uavhengig av endringer i dagens sosiale og politiske konteksten rundt røyking; røyking har blitt mindre utbredt og mindre sosialt akseptert (Sæbø, 2012). I norske data fant man at over 40 % av av-og-til-røykerne ikke anså seg selv som røykere, og at kun en tredjedel av av-og-til-røykerne var interessert i å slutte å røyke, mot halvparten av dagligrøykerne. En studie fant at det var nesten like mange av-og-til- som daglig-røykere som vurderte å slutte i løpet av det neste halvåret, nesten halvparten (Kvaavik, Scheffels, et al., 2014), mens en annen studie fant at godt og vel halvparten av av-og-til-røykere ved 21 års alder hadde sluttet å røyke seks år seinere (Kvaavik, von Soest, et al., 2014). De aller fleste av-og-til-røykere rapporterer at de anser seg selv som røykfrie om fem år, mot om lag halvparten av dagligrøykerne (Kvaavik, Scheffels, et al., 2014).

Du kan lese mer om av-og-til-røyking i denne artikkelen:

<http://tidsskriftet.no/2014/01/originalartikkel/av-og-til-royking-i-norge>

Referanser

Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J.-L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *The BMJ*, 360. doi:10.1136/bmj.j5855

Kvaavik, E., Scheffels, J., & Lund, M. (2014). Av-og-til- røyking i Norge [Occasional smoking in Norway]. *Tidsskr Nor lægeforen*, 134, 163-167. doi:10.4045/tidsskr.13.0158

Kvaavik, E., von Soest, T., & Pedersen, W. (2014). Nondaily smoking: a population-based, longitudinal study of stability and predictors. *BMC Public Health*, 14, 123-123. doi:10.1186/1471-2458-14-123

Luoto, R., Uutela, A., & Puska, P. (2000). Occasional smoking increases total and cardiovascular mortality among men.

Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 2 (2), 133. doi:10.1080/713688127

Løchen, M.-L., Gram, I. T., Mannsverk, J., Mathiesen, E. B., Njølstad, I., Schirmer, H., . . . Jacobsen, B. K. (2017). Association of occasional smoking with total mortality in the population-based Tromsø study, 2001-2015. *BMJ Open*, 7(12), e019107. doi:10.1136/bmjopen-2017-019107

Schane, R. E., Glantz, S. A., & Ling, P. M. (2009). Nondaily and Social Smoking: An Increasingly Prevalent Pattern. *Archives of Internal Medicine*, 169(19), 1742-1744. doi:10.1001/archinternmed.2009.315

Scheffels, J., & Tople, R. (2017). 'Addicted to being cool': occasional smoking in a western context of tobacco denormalization. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 368-374.

Shiffman, S. (2009). Light and intermittent smokers: background and perspective.

Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 11 (2), 122. doi:10.1093/ntr/ntn020

Shiffman, S., Tindle, H., Li, X., Scholl, S., Dunbar, M., & Mitchell-Miland, C. (2012). Characteristics and Smoking Patterns of Intermittent Smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, No Pagination Specified. doi:10.1037/a0027546

Sæbø, G. r. (2012).

"Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt..." Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken.

Retrieved from Oslo:

Brukere av ulike røykeprodukter

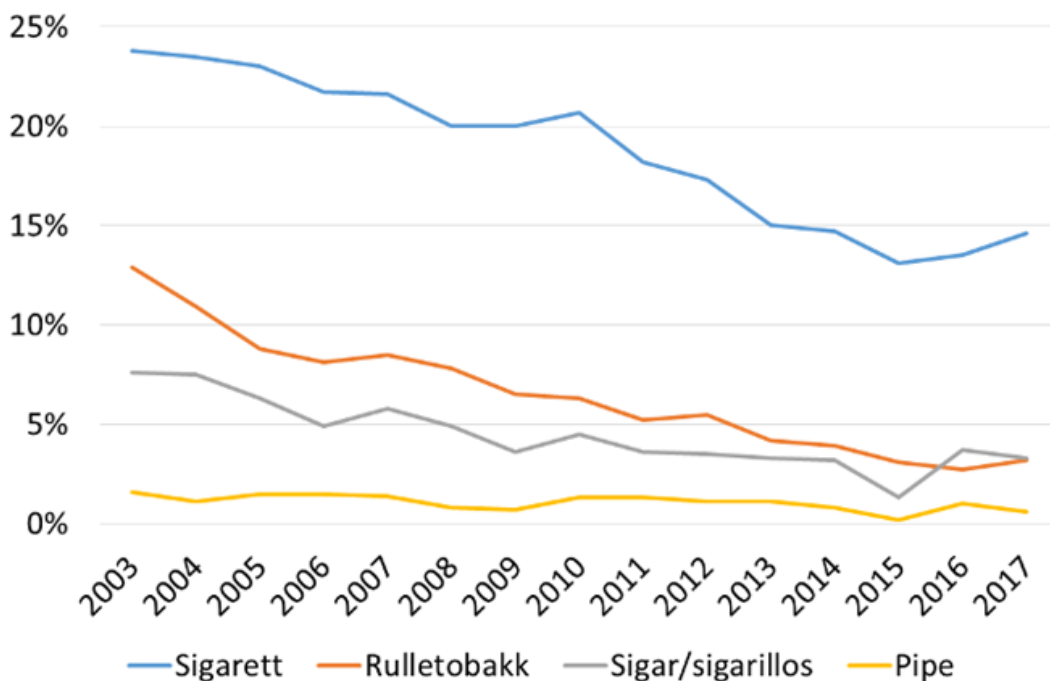
Utvikling i bruken av sigaretter, rulletobakk, sigar/sigarillos og pipe over tid. Bruken er blant annet fordelt på kjønn og alder.

Hovedpunkter

- Andelen brukere av ferdigsigaretter, rulletobakk og sigarer har gått ned de siste 15 årene
- Rulletobakksrøykerne har lavere sosio-økonomisk status enn andre røykere

Andelen brukere av ulike røykeprodukter i befolkningen

I tråd med nedgangen i andelen røykere i Norge de siste 15 årene, har vi sett en avtakende andel brukere av både ferdigsigaretter, rulletobakk og sigarer (figur 1). Andelen piperøykere har vært noe mer stabil, men er til gjengjeld svært lav.



Figur 1:

Prosentandel som bruker ulike røyketobaksprodukter daglig eller av-og-til i befolkningen fra 2003 til 2017 (multipel respons).

Brukergruppens sosio-økonomiske profil

Når vi sammenlikner den sosio-økonomiske profilen til røykere av ulike produkter samlet for hele perioden 2003-2017 (tabell 1) finner vi at brukere av ferdigsigaretter oftere er under 50 år, vi

finner også en liten overvekt av kvinner i denne gruppa. Rulletobakksrøykerne er oftere eldre over 50 år. Blant røykerne som foretrekker «rullings» er det en klar overvekt av menn, og både utdannings- og inntektsnivået er noe lavere enn blant øvrige røykere. Sigarrøyking er et klart «mannefenomen», vi finner også en tendens til at sigarrøykerne har høyere inntekt og noe lengre utdanning. Gruppa med piperøykere er så liten at det er grunn til varsomhet når de skal beskrives statistisk, men tendensen er at de nesten utelukkende er menn og oftere over 67 år.

Tabell 1. Sosio-demografiske profiler for brukere av ulike røykeprodukter 2003-2017. *Multipel respons.*

	Sigaretter	Rullings	Sigar	Pipe	Ikke-røykere
Kjønn					
Mann	47,9	61,4	85,9	93,5	49,3
Kvinne	52,1	38,6	14,1	6,5	50,7
Alder					
15-29 år	26,8	13,4	27,8	27,9	22,8
30-49 år	41,8	34	37,1	30,3	36
50-66 år	25,5	40,1	28,4	24,9	27,1
67 år+	6	12,5	6,6	16,9	14,2
Utdanning					
Grunnskole	24,1	34,7	21,9	27,4	17,2
Videregående skole	49,8	54	51,1	47,8	42,1
Universitet/høyskole	22,4	8,6	23,2	22,4	35,6
Annen utdanning/ubestvart	3,7	2,7	3,8	2,5	5,2
Personlig inntekt					
Lav (>250.000 kr)	33,8	38,8	28,8	35,3	29,8
Middels (250-499.000 kr)	42,6	40,9	44,2	37,3	37,9
Høy (500.000 kr+)	14,9	9,8	20,6	18,4	22,6

Uoppgitt	8,8	10,5	6,4	9	9,7
N=	(3628)	(1243)	(859)	(201)	(14857)

Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

20 % av de som sier at de røyker bruker to eller flere røykeprodukter (tabeller ikke vist her). Kombinasjonene 'sigaretter og rulletobakk' og 'sigaretter og sigarer' er mest utbredt.

Hele 93 % av rulletobakksbrukerne røyker daglig, mot omkring 2 av 3 brukere av ferdigsigaretter og piperøykere (tabeller ikke vist). Dette er konsistent med sammenhengen mellom utdanning og daglig/av og til-røyking, og hva slags tobakksprodukter ulike grupper foretrekker.

Når vi ser på hvem som vurderer å slutte å røyke «innen seks måneder», er andelen høyest blant brukere av ferdigsigaretter (48 %) og lavest blant piperøykere (30 %) (tabeller ikke vist).

Videre lesning

Sæbø, G.(2013). Sigaretter, snus og status: om livsstilsforskjeller mellom brukergrupper av ulike tobakksprodukter. *Sosiologisk tidsskrift*, 21(1), 5-32.

<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/282309>

Finnes det en «hard kjerne» av røykere som ikke vil eller kan slutte?

Det er en sentral debatt innen internasjonal tobakksforskning hvorvidt den gjenværende røykepopulasjonen har større problemer med å slutte å røyke sammenlignet med røykerne i tidligere perioder. Antakelsen om at gjenværende røykeres evne til å slutte er svekket omtales som «herdingshypotesen». Gruppen av røykere som ikke vil eller ikke kan slutte å røyke omtales som «hardcore smokers», og kan på norsk oversettes med «hardbarka» eller «innbitte røykere».

Hovedpunkter

- Det er uvisst om dagens dagligrøykerne er mer nikotinavhengige enn dagligrøykerne i tidligere perioder
- Dagens røykere har andre sosiale kjennetegn enn tidligere, blant annet lavere sosioøkonomisk status.
- Det er empirisk og metodisk vanskelig å belyse «herdingshypotesen»

Innledning

Innenfor røykeforskningen har det blitt diskutert, og også forsøkt belyst empirisk, hvorvidt det skjer en herdingsprosess i røykepopulasjonen (Hughes, 2011). Herdingshypotesen antar at etter hvert som røyking blir et marginalt fenomen, vil de gjenværende røykerne ha karakteristika som svekker deres sannsynlighet for røykeslutt.

Forskningen på dette feltet har svært ulik metodisk tilnærming. Eksempler på ulike måter å belyse fenomenet på er å se på endringer over tid i motivasjon for røykeslutt, grad av nikotinavhengighet, økt innslag av sosiale og/eller helsemessige vansker i røykepopulasjonen, eller ved så se på slutterater.

Begrepet «hardcore smoker» eller hardbarka røykere består av en kombinasjon av manglende motivasjon for røykeslutt, fravær av slutforsøkt og nikotinavhengighet. Det finnes ingen etablert definisjon, og det er derfor stor variasjon i hvordan andelen hardbarka røykere har blitt definert. I en studie ble alle disse tre målene vurdert over tid, og høy nikotinavhengighet viste seg å være den sterkeste indikatoren på fortsatt røyking (Ip et al., 2012). Tidligere studier på hardbarka røykere viser at de i hovedsak er menn, er eldre og har kort utdanning (Augustson & Marcus, 2004; Emery et al., 2000; Jarvis et al., 2003).

Begrepene «herding» og «hardcore» røykere brukes ofte om hverandre, men de er ikke synonyme (Warner & Burns, 2003). Herding har både blitt definert som en svekkelse av evnen til å slutte over tid, og som redusert evne til å forbli røykfri ved røykeslutt på grunn av nikotinavhengighet (Warner 2003; Hughes 2011). Ut fra dette perspektivet antar man at det skjer en seleksjon, hvor de som i

liten grad er nikotinavhengige slutter å røyke, mens de som sliter med nikotinavhengighet forblir røykere. Kritikken mot en slik tankegang er at den forutsetter at nyrekrutterte røykere også har høy grad av nikotinavhengighet, noe som antas som lite sannsynlig. Avskalling kan ha ført til at de gjenstående røykerne har større problemer med å slutte eller er mer resistente mot tobakksforbyggende tiltak sammenlignet med røykere i tidligere perioder.

Begrepet «hardcore smokers» derimot, beskriver en gruppe av røykere som har kjennetegn som indikerer en redusert sannsynlighet for røykeslutt. Her blir andre faktorer som manglende motivasjon for å slutte eller fravær av slutteforsøk brukt til å definere gruppen hardbarka røykere. En økning i andelen hardbarka røykere eller «hardcore smokers» blir ofte brukt som en indikasjon på herding av røykepopulasjonen. Begrensningen med en slikt tilnærming er at en ikke kjenner til hardcore-gruppens slutteevne - gruppen kan ha blitt mindre relativt sett over tid, men desto mer «herdet».

Det finnes flere studier som ser på om andelen av hardbarka røykere i røykepopulasjonen øker eller minsker over tid som en indikator på mulig herding. Konklusjonene fra de ulike studiene på herding og/eller endring i gruppen hardbarka røykere er inkonsistente. De fleste studier peker i retning av at et herding ikke finner sted (Azagba, 2014; Bommelé et al., 2016; Coady et al., 2012; Edwards et al., 2016; Fernandez et al., 2015; Hughes, 2011; Kozlowski & Giovino, 2014; Kulik & Glantz, 2015; Kulik & Glantz, 2017; Matthews & Gallo, 2011), mens noen støtte opp om den (Breslau et al., 2001; Clare et al., 2014; Docherty et al., 2013; Fagerstrom & Furberg, 2008; Irvin & Brandon, 2000; Irvin et al., 2003; Smith et al., 2014; Talati et al., 2016).

Eksempler på mulig herding

En av de første studiene som antydte en mulig herding i røykepopulasjonen studerte sammenhengen mellom ett lands røykeprevalens og grad av nikotinavhengighet (Fagerstrom & Furberg, 2008). Forskerne fant at nikotinavhengighet blant gjenværende røykere var høyere i land hvor røykeprevalensen var lav sammenlignet med land hvor røykeprevalensen var høy. En mulig forklaring var at røykere med lav grad av nikotinavhengighet hadde klart å slutte, mens røykere som skåret høyt på skalaen for nikotinavhengighet forble røykere.

I en annen studie fant forskerne ingen tegn på herding i populasjonen, men en økning i nikotinavhengighet blant kvinner og personer med lav inntekt (Smith et al., 2014). En større akkumulering av hardbarka røykere i lavere sosioøkonomiske lag er også funnet i en tredje studie (Clare et al., 2014). Sosial ulikhet i røykeatferd er godt dokumentert, og noen vil hevde at dette i seg selv er en indikasjon på herding; den gjenværende røykepopulasjonen har færre ressurser tilgjengelige for å mestre atferdsendring, de lever i miljøer med færre restriksjoner mot røyking og i en sosial kultur hvor røyking hvor røyking kanskje har en større sosial aksept enn i samfunnet for øvrig.

Andre studier som finner støtte for herdingshypotesen studerer sammenhengen mellom røyking og mental lidelse. I USA ble det blant annet funnet at den gjenværende røykepopulasjonen i stor grad består av personer med en eller annen form for mentale lidelser (Lasser et al., 2000). Nedgangen i røykeprevalens blant de med mental lidelse har vært svakere enn for de som ikke har slike lidelser (Le Cook et al., 2014). Det er også vist at økningen i depresjon og angstlidelser har vært større blant røykere enn blant ikke-røykere (Goodwin et al., 2014). I tillegg er det vist i en

studie at røykere uten noen mental lidelse har hatt en større nedgang i andel som skårer høyt på grad av nikotinavhengighet sammenlignet med røykere som rapporterte en eller annen form for mental lidelse (Smith et al., 2014). Sammenhengen mellom visse former for mentale lidelser, rusmisbruk og røyking har også blitt sterkere over tid, særlig blant nikotinavhengige røykere (Talati et al., 2016). En plausibel forklaring på dette er at det skjer en seleksjon, hvor røykere som har en eller annen form for mental lidelse har større problemer med å slutte, sammenlignet med røykere som ikke har mentale helseplager. Resultatet blir en opphopning av risikoatferd (røyking, annen rusmisbruk) og helseplager (mentale lidelser).

Studier som avviser herdingshypotesen

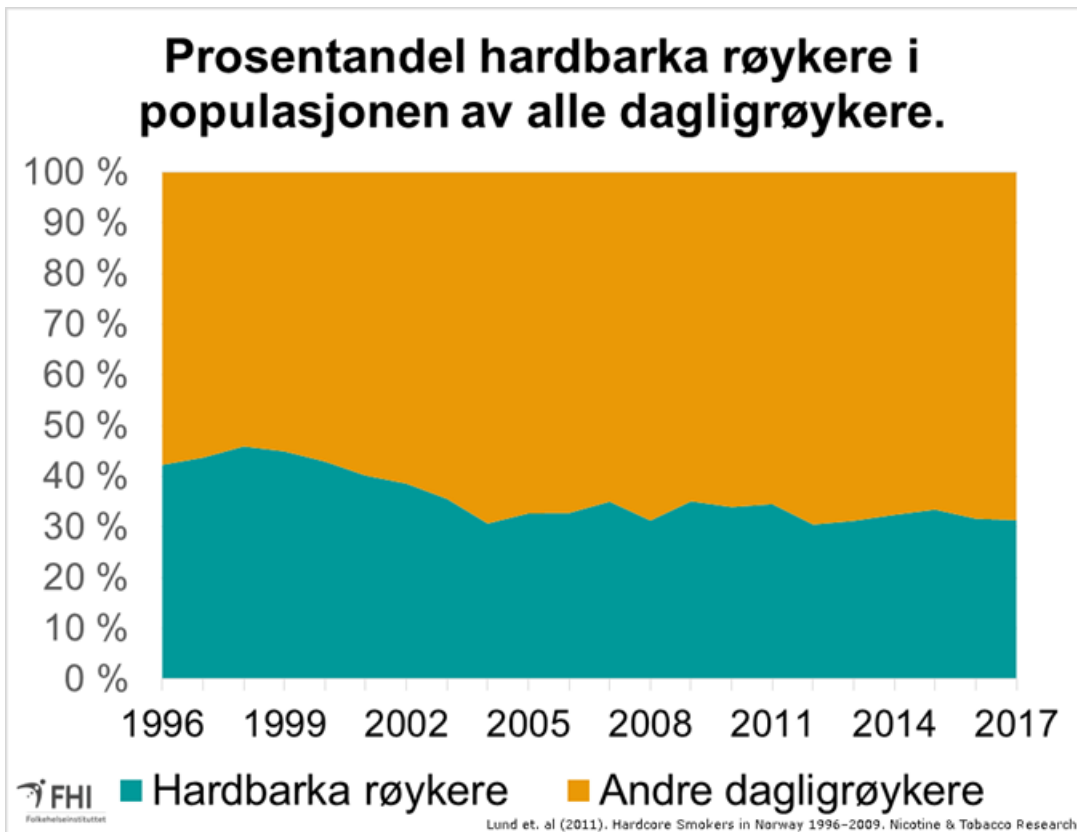
De fleste studiene som avviser herdingshypotesen har studert endringer i antall sluttetforsøk, intensjon om å slutte eller slutterater over tid. Økning i slutterater og nedgang i sigarettforbruk ble observert i USA i perioden 1992-2011 (Kulik & Glantz, 2015). Det er også rapportert om flere sluttetforsøk over tid blant røykere som har psykologiske lidelser (Kulik & Glantz, 2017).

En studie fra New Zealand for perioden 2008-2014 konkluderte med at herdingshypotesen ikke passet på røykepopulasjonen der (Edwards et al., 2016). Forfatterne fant ingen nedgang i motivasjon for å slutte, antall sluttetforsøk, økt nivå av sosiale utfordringer i røykepopulasjonen (lav inntekt/på trygd) eller nedgang i slutterater (Edwards et al., 2016).

Sammenhengen mellom et lands røykeprevalens og grad av nikotinavhengighet har også blitt studert på nytt i 18 Europeiske land, og her avviste forskerne at det var en sammenhengen mellom lav røykeprevalens i et land og tilsvarende høy nikotinavhengighet i røykepopulasjonen (Fernandez et al., 2015).

Har røykerne i Norge blitt mer hardbarka?

I en norsk studie ble hardbarka røykere definert som dagligrøykere som ikke hadde hatt sluttetforsøk siste året, som ikke hadde noen intensjon om å slutte i nær framtid, og som trodde de også ville være røykere om fem år. I 1996 utgjorde andelen hardbarka røykere 30 % av alle røykerne (inkludert av-og-til- røykerne), og gikk så ned til 23 % i 2009. Ser vi på totalbefolkningen, utgjorde de hardbarka røykerne 6 % (Lund et al., 2011). Figur 1 viser oppdaterte tall over utvikling i andelen hardbarka røykere blant alle dagligrøykere fram til 2017 (her er av-og-til- røykerne utelatt). Figuren viser at andelen hardbarka røykere har ligget stabilt på rundt 31 % av alle dagligrøykerne de siste fem årene. Det er med andre ord ingen økning i den relative andelen hardbarka røykere i Norge, men i stedet et fortsatt potensial for videre nedgang i andelen røykere.

**Figur 1:**

Prosentandel hardcore røykere i populasjonen av alle dagligrøykere. Personer 25-74 år. Perioden 1996-2017.

Referanser

Augustson, E. M., & Marcus, S. E. (2004). Use of the Current Population Survey to characterize subpopulations of continued smokers: A national perspective on the "hardcore" smoker phenomenon. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(4), 621-629. doi:10.1080/14622200410001727876

Azagba, S. (2014). Hardcore smoking among continuing smokers in Canada 2004–2012. *Cancer Causes & Control*, 1-7. doi:10.1007/s10552-014-0482-3

Bommelé, J., Gera, E. N., Marloes, K., Tim, M. S., Marc, C. W., & Dike van de, M. (2016). Prevalence of hardcore smoking in the Netherlands between 2001 and 2012: a test of the hardening hypothesis. *BMC Public Health*, 16(1), 1-7. doi:10.1186/s12889-016-3434-x

Breslau, N., Johnson, E. O., Hiripi, E., & Kessler, R. (2001). Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch Gen Psychiatry*, 58(9), 810-816. doi:yoa20240 [pii]

Clare, P., Bradford, D., Courtney, R. J., Martire, K., & Mattick, R. P. (2014). The relationship between socioeconomic status and 'hardcore' smoking over time – greater accumulation of hardened smokers in low-SES than high-SES smokers. *Tobacco Control*, 23(e 133-e138). doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051436

- Coady, M., Jasek, J., Davis, K., Kerker, B., Kilgore, E., & Perl, S. (2012). Changes in Smoking Prevalence and Number of Cigarettes Smoked Per Day Following the Implementation of a Comprehensive Tobacco Control Plan in New York City. *Journal of Urban Health*, 89(5), 802-808. doi:10.1007/s11524-012-9683-9
- Docherty, G., McNeill, A., Gartner, C., & Szatkowski, L. (2013). Did hardening occur among smokers in England from 2000 to 2010? *Addiction*, 109(1), 147-154. doi:10.1111/add.12359
- Edwards, R., Tu, D., Newcombe, R., Holland, K., & Walton, D. (2016). Achieving the tobacco endgame: evidence on the hardening hypothesis from repeated cross-sectional studies in New Zealand 2008–2014. *Tobacco Control*. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052860
- Emery, S., Gilpin, E. A., Ake, C., Farkas, A. J., & Pierce, J. P. (2000). Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 90(3), 387-394. doi:10.2105/AJPH.90.3.387
- Fagerstrom, K. O., & Furberg, H. (2008). A comparison of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, 103(5), 841-845. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02190.x
- Fernandez, E., Lugo, A., Clancy, L., Matsuo, K., La Vecchia, C., & Gallus, S. (2015). Smoking dependence in 18 European countries: Hard to maintain the hardening hypothesis. *Preventive Medicine*, 81, 314-319. doi:10.1016/j.ypmed.2015.09.023
- Goodwin, R. D., Wall, M. M., Choo, T., Galea, S., Horowitz, J., Nomura, Y., . . . Hasin, D. S. (2014). Changes in the prevalence of mood and anxiety disorders among male and female current smokers in the United States: 1990–2001. *Annals of Epidemiology*, 24(7), 493-497. doi:10.1016/j.annepidem.2014.01.014
- Hughes, J. R. (2011). The hardening hypothesis: Is the ability to quit decreasing due to increasing nicotine dependence? A review and commentary. *Drug and Alcohol Dependence*, 117, 111-117. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.02.009
- Ip, D. T., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Chaiton, M. O., Selby, P., Schwartz, R., . . . Ferrence, R. (2012). Do components of current 'hardcore smoker' definitions predict quitting behaviour? *Addiction*, 107(2), 434-440. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03674.x
- Irvin, J. E., & Brandon, T. H. (2000). The increasing recalcitrance of smokers in clinical trials. *Nicotine & Tobacco Research*, 2(1), 79-84. doi:10.1080/14622200050011330
- Irvin, J. E., Hendricks, P. S., & Brandon, T. H. (2003). The increasing recalcitrance of smokers in clinical trials II: Pharmacotherapy trials. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(1), 27-35. doi:10.1080/1462220031000070534
- Jarvis, M. J., Wardle, J., Waller, J., & Owen, L. (2003). Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ*, 326(7398), 1061. doi:10.1136/bmj.326.7398.1061

- Kozlowski, L., T., & Giovino, G., A. . (2014). Softening of monthly cigarette use in youth and the need to harden measures in surveillance. *Preventive medicine reports*, 1, 53-55. doi:10.1016/j.pmedr.2014.10.003
- Kulik, M. C., & Glantz, S. A. (2015). The smoking population in the USA and EU is softening not hardening. *Tobacco Control*. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052329
- Kulik, M. C., & Glantz, S. A. (2017). Softening Among U.S. Smokers With Psychological Distress: More Quit Attempts and Lower Consumption as Smoking Drops. *American Journal of Preventive Medicine*. doi:https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.08.004
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study. *JAMA*, 284(20), 2606-2610. doi:10.1001/jama.284.20.2606
- Le Cook, B., Wayne, G. F., Kafali, E. N., Zimin, L., Chang, S., & Flores, M. (2014). Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation.(Report). *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, 311(2), 172.
- Lund, M., Lund, K., & Kvaavik, E. (2011). Hardcore Smokers in Norway 1996–2009. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(11), 1132-1139. doi:https://doi.org/10.1093/ntr/ntr166
- Matthews, K. A., & Gallo, L. C. (2011). Psychological Perspectives on Pathways Linking Socioeconomic Status and Physical Health. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 501-530. doi:doi:10.1146/annurev.psych.031809.130711
- Smith, P. H., Rose, J. S., Mazure, C. M., Giovino, G. A., & McKee, S. A. (2014). What is the evidence for hardening in the cigarette smoking population? Trends in nicotine dependence in the U.S., 2002–2012. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 333-340. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.07.003
- Talati, A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2016). Changing relationships between smoking and psychiatric disorders across twentieth century birth cohorts: clinical and research implications. *Molecular Psychiatry*. doi:10.1038/mp.2015.224
- Warner, K. E., & Burns, D. M. (2003). Hardening and the hard-core smoker: concepts, evidence, and implications. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(1), 37-48. doi:10.1080/14622220021000060428

Røykeslutt

Andelen i befolkningen som aldri har røykt i 2017 har oversteget andelen nåværende og tidligere røykere. De fleste røykere slutter på egen hånd, mens en av fire av dem som slutter oppgir at de brukte snus ved det siste vellykkede forsøket på å slutte.

Hovedpunkter

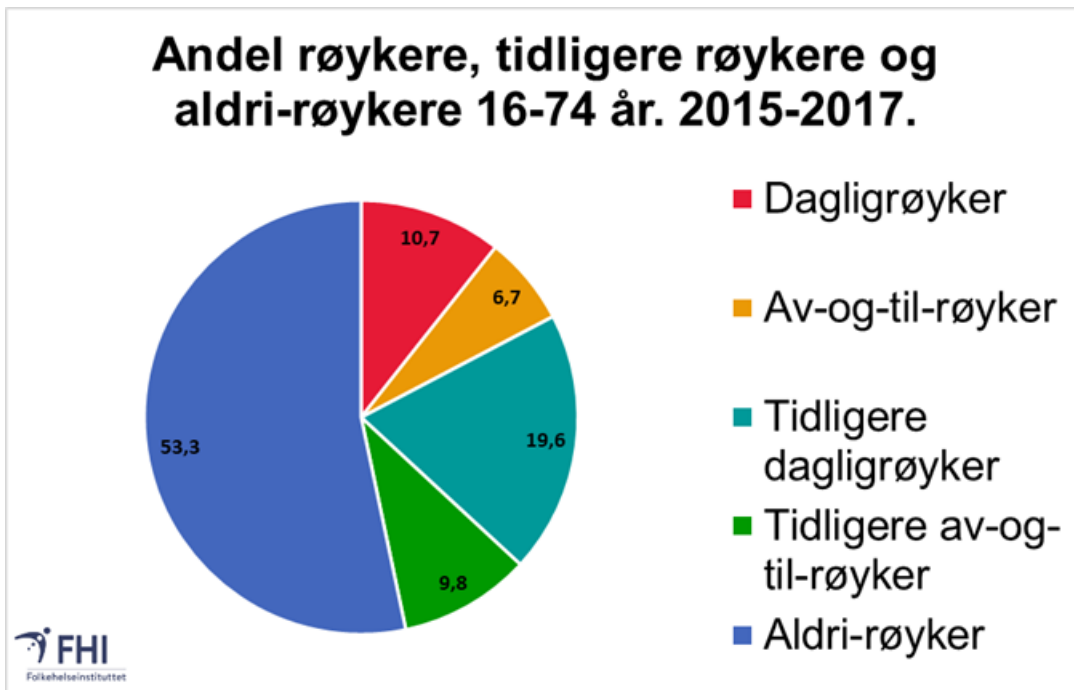
- Andelen som aldri har røykt er større enn de som røyker eller har røykt tidligere.
- Omtrent halvparten av dagligrøykerne ønsker å slutte å røyke
- En av fire dagligrøykere har forsøkt å slutte i løpet av de siste 12 månedene
- Snus som metode for røykeslutt er vanligere enn å bruke nikotinerstatningsprodukter
- Salget av nikotinerstatningsprodukter er økende

Denne artikkelen viser at andelen i befolkningen som aldri har røykt i 2017 har oversteget andelen nåværende og tidligere røykere. De fleste røykere slutter på egen hånd, mens en av fire av dem som slutter oppgir at de brukte snus ved det siste vellykkede forsøket på å slutte. Hvor mange av røykerne som ønsker å slutte kommer an på måten man spør på. Det er 49 % av dagligrøykerne som sier de vurderer å slutte å røyke i løpet av de neste 6 månedene. Spør en om hvor interessert røykere er i å slutte på en skala fra 1 til 5, svarer 54 % at de er svært interessert eller interessert (verdiene 4 og 5). En annen indikator for å belyse interesse for røykeslutt er å se på andelen røykere som har forsøkt å slutte det siste året. Denne andelen er imidlertid betydelig lavere enn andelen som sier de er interessert i å slutte. Røykeslutt er vanskelig, og mange (ca. 90 %) av dem som forsøker å slutte mislykkes. Blant røykere med mislykkede forsøk på å slutte falt de fleste tilbake til røyking i løpet av de fire første ukene.

Hvor mange slutter å røyke?

Det er vanskelig å beregne hvor mange som slutter å røyke. I en rapport ble fire ulike beregningsmåter benyttet for å estimere hvor mange som begynner og hvor mange som slutter å røyke. Avhengig av beregningsmåte, ble det anslått at i perioden 2005-2014 sluttet mellom 19 000 og 38 000 voksne i alderen 25-74 år å røyke daglig i gjennomsnitt per år (Vedøy, 2015). Du kan lese mer om de ulike beregningsmåtene og usikkerheten knyttet til slike beregninger i Folkehelseinstituttets rapport Hvor mange begynner og hvor mange slutter med tobakk hvert år?

I figuren nedenfor vises andelen som røyker nå, andelen som har sluttet å røyke og andelen som aldri har røykt. Andelen aldri-røykere er større enn røykere og tidligere røykere til sammen. Det er også flere tidligere røykere enn det er nåværende røykere. Andelen tidligere dagligrøykere er på 20 %, mens andelen tidligere av-og-til-røykere er på 10 %.



Figur 1. Andelen røykere, tidligere røykere og aldri-røykere 16-74 år. 2015-2017.

Metoder ved røykeslutt

De fleste som slutter å røyke rapporterer at de verken gjør bruk av nikotinlegemidler, snus, e-sigaretter, konsulterer helsepersonell eller ringer Røyketelefonen (nedlagt i 2017). Utfallet for røykere som gjør bruk av slike uassisterte forsøk er like bra og ofte bedre enn for røykere som anvender spesielle metoder. Forskjellen kan ha sammenheng med at assistanse til røykeslutt oftere benyttes av røykere som i større grad har behov for støtte til røykeslutt. I eksperimentelle undersøkelser, der gruppene som sammenlignes er likeverdige, er som regel resultatene noe bedre i eksperimentgruppen som bruker nikotinlegemidler enn i kontrollgruppen (Stead et al 2014). Effekten av nikotinlegemidler er imidlertid større i en klinisk sammenheng sammenlignet med utenfor. Sannsynligheten for å lykkes med et slutforsøk «i det virkelige livet» er like stor for dem som bruker nikotinerstatning uten terapeutisk støtte, og for dem som ikke bruker noen hjelpemidler (Kotz et al 2014).

I våre undersøkelser spør vi tidligere røykere om hvilke metoder de benyttet ved det vellykkede slutforsøket. Snus blir nevnt av omtrent en fjerdedel av de spurte, og er dermed det hyppigst nevnte hjelpemidlet ved vellykket slutting. Deretter kommer nikotinerstatningspreparater, for eksempel nikotintyggegummi eller nikotinplaster. Hjelp fra helsetjenesten, bruk av e-sigaretter eller fordampere, og røykesluttpreparater på resept blir nevnt av om lag 10-12 %. Ulike røykesluttplattformer på nett og mobil som f.eks. Helsedirektoratets slutta.no blir nevnt av 7 prosent, mens bare én prosent oppgir Røyketelefonen. Sistnevnte ble vedtatt nedlagt i 2017, til fordel for nett og app-løsninger på mobil.

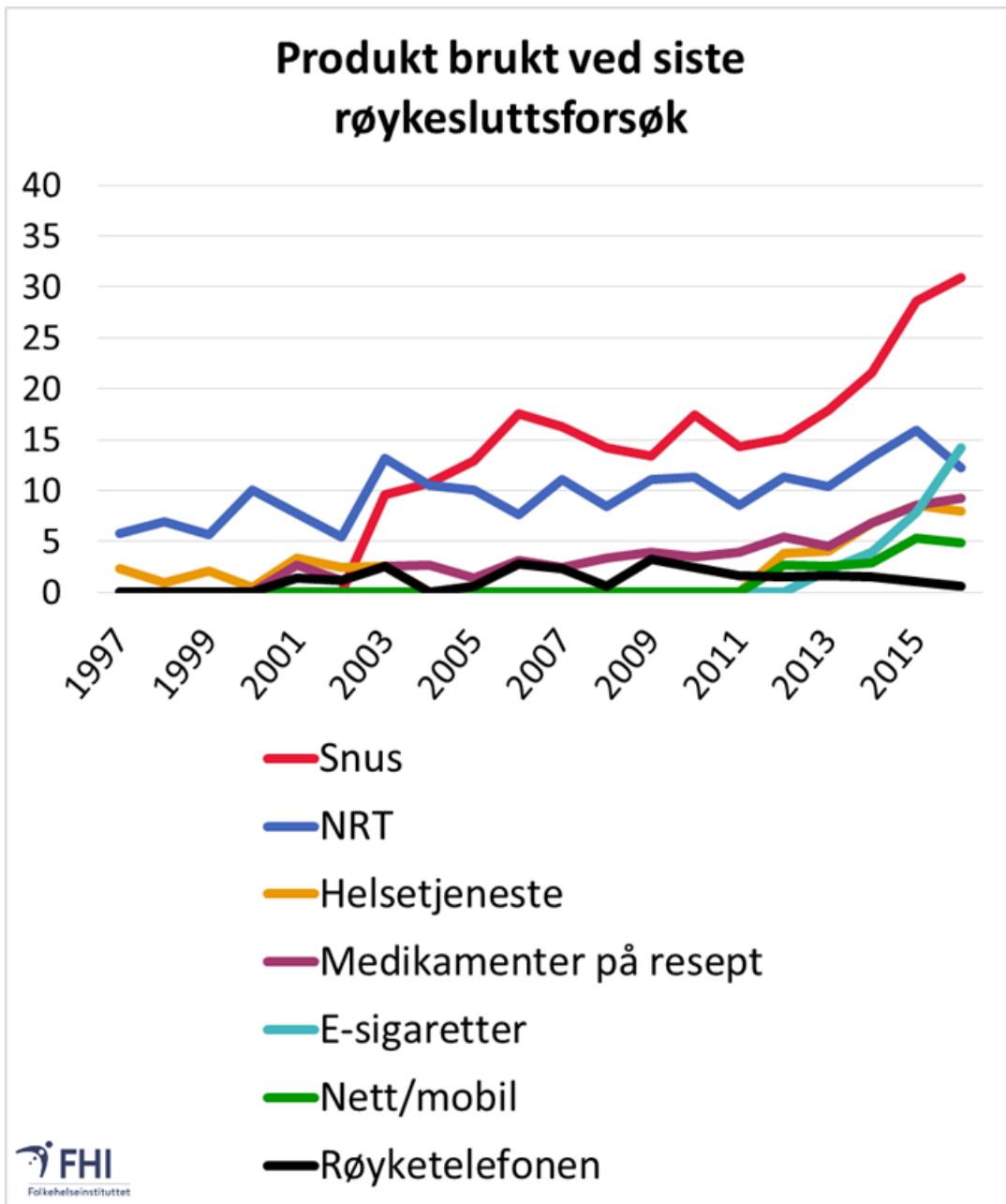
Snus og røykeslutt

Menn rapporterer i større grad enn kvinner snus som sluttemetode. De fleste menn som bruker eller har brukt snus er røykere eller tidligere røykere. Blant menn som både brukte snus og sigaretter i perioden 2003-2015, hadde 70 % begynt sitt tobakkskonsum med sigaretter. I tillegg,

blant menn som kombinerte sigaretter med snus, var det ukentlige sigarettkonsumet 40 % lavere enn blant de som utelukkende røykte (Lund et al., 2016).

Planer om en røykfri framtid forekom oftere blant dobbeltbrukere enn blant dem som kun røykte (Lund & McNeill, 2013). Snusbrukerne i røykevaneundersøkelsen ble i perioden 2005-2011 spurt om å vurdere hvor godt tre utsagn om snus passet dem. På utsagnet «Jeg bruker snus for å erstatte nikotinintaket på steder det ikke er lov å røyke» svarte 54 % at dette passet helt, mens 29 % svarte at det ikke passet i det hele tatt. På de tilsvarende utsagnene: «Jeg bruker snus for å redusere forbruket av sigaretter» og «Jeg bruker snus for å slutte helt å røyke», svarte henholdsvis 55 og 44 % at det passet helt og 26 og 35 % svarte at det ikke passet i det hele tatt. Vi ser også at blant dem som har sluttet å røyke, rapporterer en økende andel at de brukte snus i forbindelse med siste slutteforsøk (figur 2).

Både observasjonelle (Lund et al., 2010; Ramstrom & Foulds, 2006; Ramström et al., 2016; Scheffels et al., 2012) og etter hvert noen eksperimentelle studier indikerer at snus har bedre effekt i røykeslutt enn nikotinlegemidlene (Caldwell et al., 2010; Lunell & Curvall, 2011). En studie fant derimot ingen forskjell mellom bruk av snus og nikotinerstatning på røykeabstinens (Kotlyar et al., 2011). At snus brukes i større grad enn andre metoder ved røykeslutt kan ha sammenheng med at snus som regel har potensial til å avgi mer nikotin til blodbanen, samt at snusbruk gir en sensorisk opplevelse og en symbolsk funksjon som legemidlene mangler.

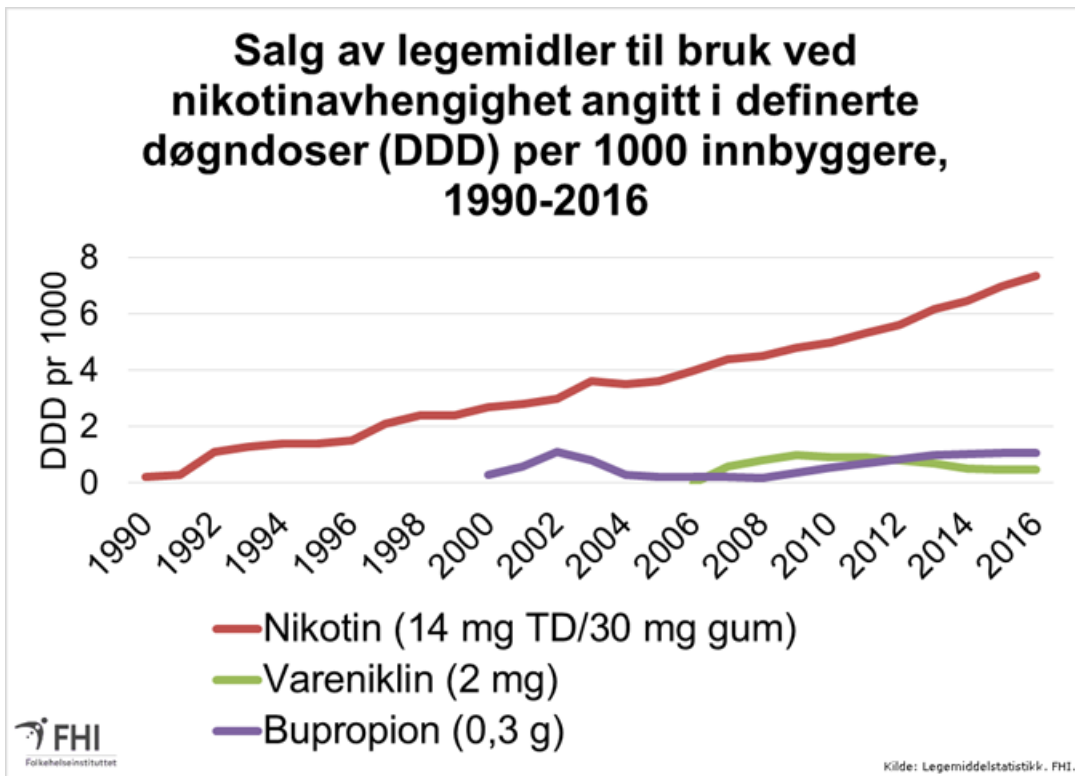
**Figur 2:**

Produkt brukt ved siste røykesluttsforsøk blant forhenværende røykere (sluttet i løpet av de siste 10 årene), prosentandel brukt, 2012-2016

Legemidler ved røykeslutt

I Norge har vi tre typer legemidler godkjent for røykeavvenning; nikotinerstatning (NEP), vareniklin (Champix) og bupropion (Zyban). Nikotin har vært tilgjengelig i mer enn 25 år som legemiddel i terapi mot sigarettavhengighet, nikotininhalator og -tabletter benyttes i mindre grad. Toleranse og helseeffekt er godt undersøkt, og viser at medisinsk nikotin i verste fall kun gir milde og forbigående plager. Potensiell avhengighet, fare for misbruk, og skade på småbarn som svelger nikotinlegemidler brukes heller ikke lengre som motargumenter. Nikotinerstatning selges reseptfritt fra apotek, og ble tilgjengelig i dagligvarehandelen fra januar 2003. Figur 3 viser at det har vært en økning i salg av nikotinerstatningsprodukter.

En stadig større andel av det totale salget av nikotinerstatningsprodukter selges nå i dagligvarehandelen

**Figur 3.**

Salg av legemidler til bruk ved nikotinavhengighet angitt i definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere, 1990-2016. Kilde: Legemiddelstatistikk, FHI. TD=transdermalt (nikotinplaster)

Til tross for at nikotinerstatning har vært på markedet i lang tid, har vært gjenstand for stor markedsføring fra Legemiddelindustrien, at tilgjengelighet er bedret, og at det anbefales fra helsemyndighetene, er det kun 14 % av de vellykkede røykeslutterne som har brukt disse. Den lave bruksfrekvensen i kombinasjon med svært moderat effekt indikerer at legemidler til bruk i røykavvenning i begrenset grad har bidratt til reduksjonen i tobakksforbruket.

Vareniklin (på markedet i 2007) og bupropion (på markedet i 2000) er reseptbelagte medikamenter som blokkerer eller erstatter nikotins nevropsykologiske virkninger i hjernen. Bupropion er klassifisert som antidepressiva, mens vareniklin er klassifisert med midler som virker på nervesystemet. I en engelsk populasjonsstudie fant man bedre kortvarig effekt av vareniklin sammenlignet med nikotinerstatning gitt av helsepersonell, mens forskjellen i effekt på lang sikt var mer usikre (Kotz et al., 2014).

Slutforsøk og slutteintensjoner blant røykere

Blant røykerne, både daglig og av-og-til-røykerne, oppgir 65 % at de har forsøkt å slutte en eller annen gang i løpet av livet. Blant dagligrøykerne opplyser 26 % at de har forsøkt å slutte siste året (data for årene 2015-2017). Andelen dagligrøykere som har gjort et slutforsøk siste året er høyere i de yngste aldersgruppene, se figur 4.

**Figur 4:**

Andel dagligrøykere med slutforsøk siste året i ulike aldersgrupper. Data for årene 2013-2017. Kilde: FHI/SSB.

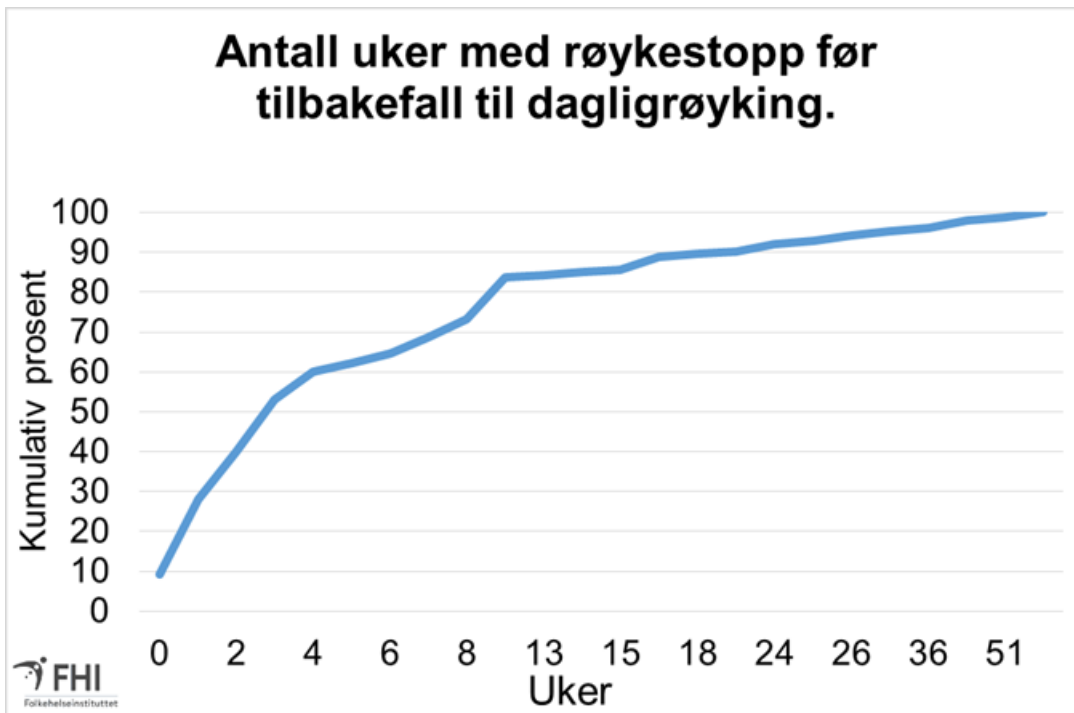
Gjennomsnittlig antall slutforsøk blant av-og-til- røykere er 4,6 (N=635, observasjoner fra og med 2003), mens dagligrøykere har et snitt på 3,9 slutforsøk (N=2608, observasjoner fra og med 2003). Tabellen nedenfor viser andelen dagligrøykere som sier de er interessert i å slutte å røyke, hverken/eller, eller ikke interessert (omkoding av spørsmålet «Hvor interessert er du i å slutte å røyke», en fem-punkts skala hvor 1= ikke interessert i det hele tatt, 5=svært interessert).

Tabell 1.

Andelen dagligrøykere som sier de er interessert eller ikke i å slutte å røyke for periodene 2008-2010 og 2015-2017. 16-74 år.

	2008-2010	2015-2017
Ikke interessert i å slutte	21,3	25,8
Hverken eller	26,7	20,0
Interessert i å slutte	52,0	54,2

De fleste som forsøker å slutte å røyke «sprekker» etter forholdsvis kort tid. Figur 5 illustrerer hvor vanskelig det er å slutte å røyke. Her ser en antall uker røykere som har prøvd å slutte, har klart å være røykfrie før de har falt tilbake til røyking igjen. Før en uke har gått har ni prosent begynt å røyke, etter en måned har 60 prosent begynt å røyke igjen.



Figur 5. Antall uker med røykestopp før tilbakefall til dagligrøyking. 16-74 år. 2013-2017. N=153.

Referanser

- Caldwell, B., Burgess, C., & Crane, J. (2010). Randomized crossover trial of the acceptability of snus, nicotine gum, and Zonic therapy for smoking reduction in heavy smokers. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12(2), 179. doi:10.1093/ntr/ntp189
- Kotlyar, M., Hertsgaard, L. A., Lindgren, B. R., Jensen, J. A., Carmella, S. G., Stepanov, I., . . . Hatsukami, D. K. (2011). Effect of oral snus and medicinal nicotine in smokers on toxicant exposure and withdrawal symptoms: a feasibility study. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 20(1), 91. doi:10.1158/1055-9965.EPI-10-0349
- Kotz, D., Brown, J., & West, R. (2014). Effectiveness of varenicline versus nicotine replacement therapy for smoking cessation with minimal professional support: evidence from an English population study. *Psychopharmacology*, 231(1), 37-42. doi:10.1007/s00213-013-3202-x
- Lund, K. E., & McNeill, A. (2013). Patterns of Dual Use of Snus and Cigarettes in a Mature Snus Market. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(3), 678-684. doi:10.1093/ntr/nts185
- Lund, K. E., McNeill, A., & Scheffels, J. (2010). The use of snus for quitting smoking compared with medicinal products. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(8), 817-822. doi:10.1093/ntr/ntq105
- Lund, K. E., Vedøy, T. F., & Bauld, L. (2016). Do never smokers make up an increasing share of snus users as cigarette smoking declines? Changes in smoking status among male snus users in Norway 2003-2015. *Addiction*. doi:10.1111/add.13638

- Lunell, E., & Curvall, M. (2011). Nicotine delivery and subjective effects of Swedish portion snus compared with 4 mg nicotine polacrilex chewing gum. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 13 (7), 573. doi:10.1093/ntr/ntr044
- Ramstrom, L., & Foulds, J. (2006). Role of snus in initiation and cessation of tobacco smoking in Sweden. *Tob Control*, 15, 210 - 214.
- Ramström, L., Borland, R., & Wikmans, T. (2016). Patterns of Smoking and Snus Use in Sweden: Implications for Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 (11). doi:10.3390/ijerph13111110
- Scheffels, J., Lund, K. E., & McNeill, A. (2012). Contrasting snus and NRT as methods to quit smoking. An observational study. *Harm Reduction Journal*, 9(10). doi:10.1186/1477-7517-9-10
- Vedøy, T. F. (2015). *Hvor mange begynner og hvor mange slutter med tobakk hvert år? [Annually onset and cessation of tobacco use.]*
. Retrieved from Oslo, Norway: <https://www.fhi.no/publ/2015/hvor-mange-begynner-og-hvor-mange-slutter-med-tobakk-hvert-ar/>

Røyking og sosial ulikhet

Kort beskrivelse av hvordan røyking i Norge varierer med ulike indikatorer på sosial ulikhet, i hovedsak utdanning, yrke og innvandrerbakgrunn.

Hovedpunkter

- Det er betydelig sosial ulikhet i andelen som røyker.
- Populariteten til sigaretter tiltok på ulike tidspunkt i ulike samfunnslag. Dette har medført at forskjellene i røykeprevalens hos menn og kvinner, og i ulike utdanningsgrupper, har variert over tid.
- Fordi dagligrøyking blant menn og kvinner med høgskole- eller universitetsutdanning nærmer seg null, vil utdanningsforskjellene i andel røykere etter alt å dømme bli mindre i årene framover.
- Utbredelsen av røyking varierer mye mellom innvandrergupper, og også mellom menn og kvinner innad samme etniske gruppe. Også i innvandrerguppene varierer røyking etter utdanning.

Røyking og sosial ulikhet

Et fremtredende trekk ved sigarettøyking er sammenhengen med nær sagt alle mål på sosial ulikhet - som for eksempel utdanning, inntekt, yrke, sosial status og etnisitet - og om man røyker eller ei (Huisman, Kunst and Mackenbach 2005b; Laaksonen et al. 2005; Layte and Whelan 2009; Lee et al. 1991; Lund and Lund 2005; Pampel and Rogers 2004; Peretti-Watel et al. 2009; Vedøy 2014).

I tillegg har sosial ulikhet betydning for hvilke tobakksprodukter som brukes (sigaretter, rulletobakk, sigarer, snus, m.m.) og hvordan de brukes (røykeintensitet og hvor ofte man røyker) (Sæbø 2013).

Det er viktig å merke seg at sosial ulikhet i røyking kan være et produkt av to ulike prosesser: ulikhet relatert til røykestart og til røykeslutt. I tillegg, hvis man undersøker én spesifikk form for tobakksbruk, for eksempel sigarettøyking, kan forskjeller i bruk også være et resultat av at ulike grupper i ulik grad bytter ut sigarettøyking med andre former for tobakk, for eksempel snus.

I likhet med de fleste andre vestlige land er røyking i Norge nå mest utbredt blant personer med kort utdanning, lav inntekt, de som står utenfor arbeidslivet og personer som jobber i manuelle yrker (Barbeau, Krieger and Soobader 2004; Huisman, Kunst and Mackenbach 2005a; Layte and Whelan 2009; Lund and Lund 2005; Lund 1996; West, Sweeting and Young 2007). Gitt de negative helseeffektene og den historisk store utbredelsen, er røyking en av hovedårsakene til sosial ulikhet i helse i de fleste vestlige land inkludert Norge (Danaei et al. 2009; Rognerud, Strand and Næss 2007; Vollset et al. 2006).

Et viktig trekk ved sigarettøyking er at sammenhengen mellom sosial ulikhet og røyking har skiftet fortegn over tid. Fra å være et populært produkt blant menn fra den urbane elite på begynnelsen av 1900-tallet, ble røyking stadig mer populært blant menn fra alle samfunnslag og deretter blant kvinner. På samme måte som for introduksjonen av sigaretter, nådde også røykingen sitt toppunkt på ulike tidspunkt for ulike sosiale grupper. Det samme gjaldt for den etterfølgende nedgangen. Den høye utbredelsen og utbredelsesmønsteret gjør at sigarettøykingens vekst og fall ofte blir beskrevet som en epidemi (Lopez, Collishaw and Piha 1994; Thun et al. 2012).

Utbredelsen av røyking over tid og betydningen av sosial status (utdanning og inntekt)

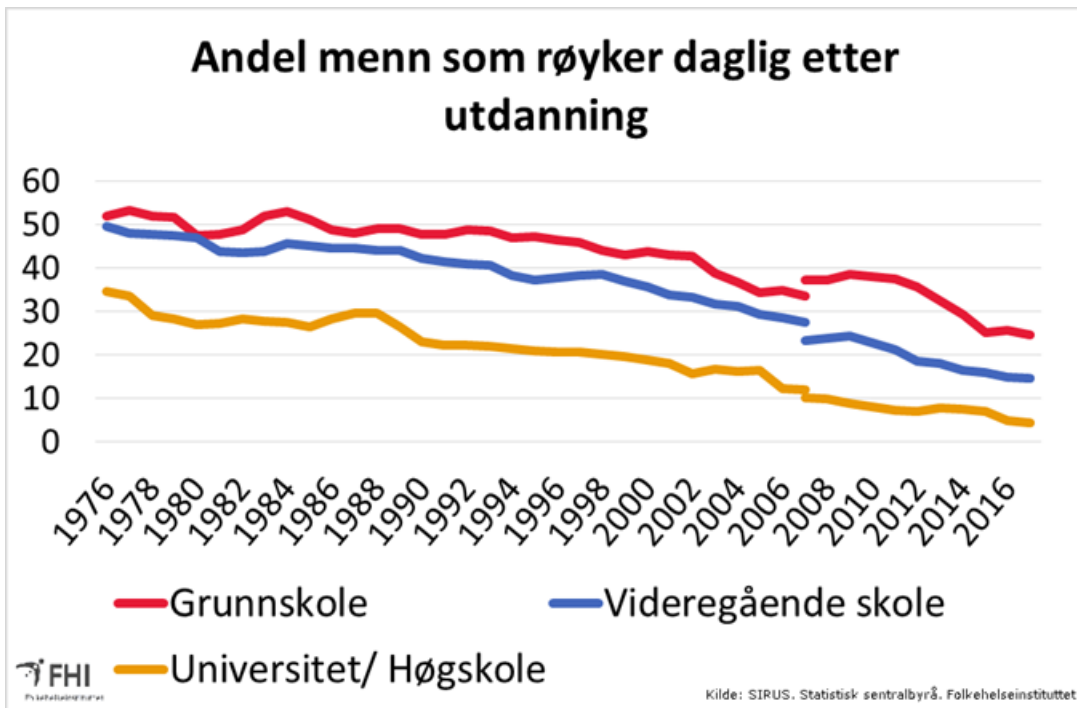
Røykeepidemien deles vanligvis inn i fire faser. I den første fasen (1900-1920) økte andelen røykere blant menn kraftig. Dagligrøyking blant kvinner økte noe, men var fortsatt uvanlig.

I den andre fasen (1920-1950) fortsatte økningen blant menn og nådde et toppunkt rundt 1950. På dette tidspunktet var røykeandelen over 60 % blant menn med høy eller middels inntekt og lang utdanning. Blant mannlige leger var andelen røykere hele 70 % (Bjartveit 2007). I denne fasen økte også andelen kvinner som røykte, og nådde det samme nivået som menn 20 år tidligere.

I den tredje fasen (1950-1980) begynte andelen røykere blant menn å synke, og da hurtigere blant menn med lang utdanning, og særlig leger. Røyking blant kvinner nådde sin maksimale utbredelse på 1970-tallet, cirka 15-20 år etter menn. I denne perioden røykte over 40 % av kvinner med middels eller lang utdanning og middels eller høy inntekt. Røyking blant kvinner med kort utdanning og/eller lav inntekt nådde toppen nesten 20 år senere (Lund 1996).

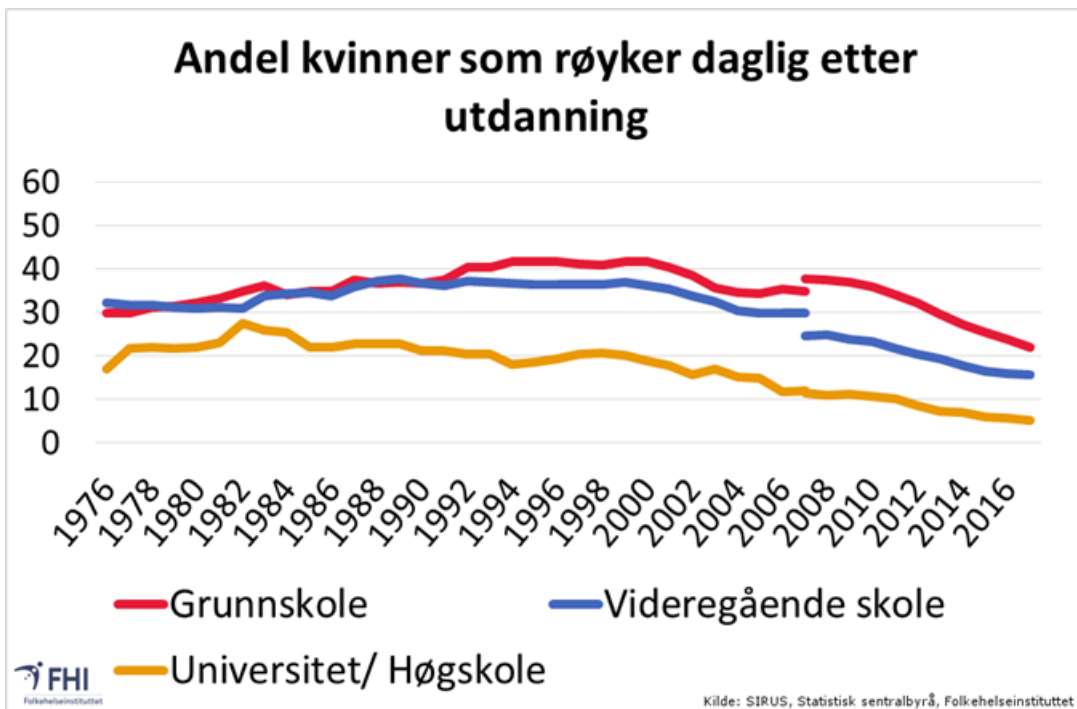
I den fjerde fasen (1980 til vår tid), falt andelen som røykte blant menn stabilt, uansett utdanningsnivå (figur 1). Blant kvinner økte sigarettens popularitet for grupper med maksimalt videregående utdanning fram mot slutten av 1990-tallet (figur 2). Deretter sank andelen i alle grupper.

Fra årtusenskiftet har utdanningsforskjellene mellom kjønnene vært små. I 2015-17 røykte rundt 24 % av kvinner og menn med kort utdanning, rundt 15 % av de med middels utdanning og rundt fem prosent av menn og kvinner med lang utdanning.

**Figur 1:**

Andel dagligrøykere i ulike utdanningsgrupper¹ blant menn. Perioden 1976-2015, treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell G1. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

¹ Fra og med 2007 ble kriteriet for fullført videregående utdanning endret. Konsekvensen var at personer som tidligere var i gruppen «Videregående skole», ble plasserte i gruppen «Grunnskole». Se SSBs nettside http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2006-09-14-01.html

**Figur 2:**

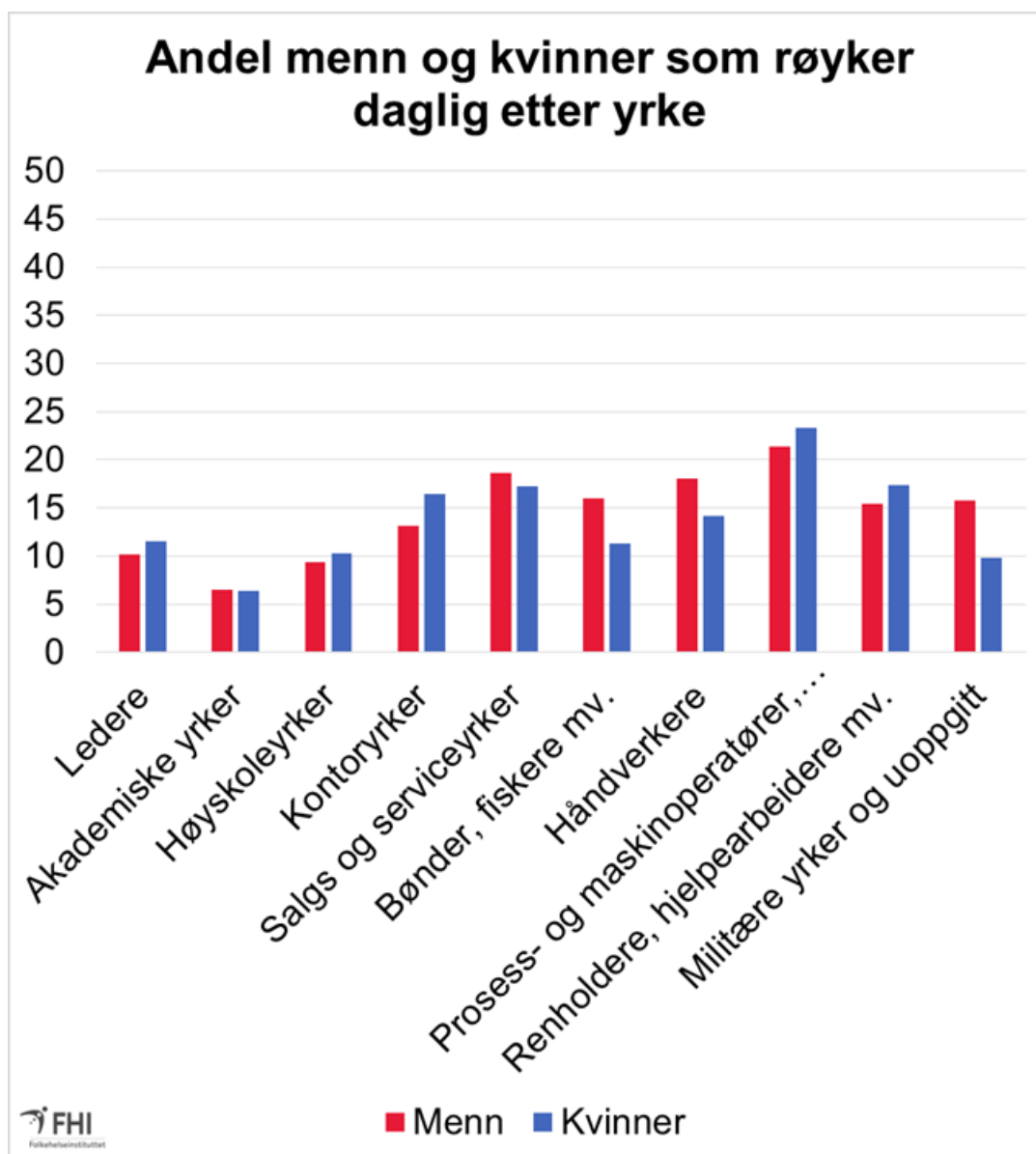
Andel daglig-røykere i ulike utdanningsgrupper¹ for kvinner. Perioden 1976-2016, treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell G2. Kilde: SIRUS, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

¹ Fra og med 2007 ble kriteriet for fullført videregående utdanning endret. Konsekvensen var at personer som tidligere var i gruppen «Videregående skole», ble plasserte i gruppen «Grunnskole». Se SSBs nettside http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2006-09-14-01.html

Sammenhengen mellom røyking og yrke

Om vi undersøker dagligrøyking etter yrke gjenfinder vi også en sosial gradient (figur 3). En samlet analyse av data for perioden 2013-17, viser at dagligrøyking var lite utbredt blant personer med akademiske yrker (seks til syv prosent) og blant høgskoleutdannede og ledere (rundt 10 %). Kjønnsforskjellene i andel røykere i disse gruppene var små.

Andelen dagligrøykere var vesentlig større blant prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere og renholdsarbeidere. Bønder, fiskere og håndverkere skilte seg ut ved at i menn i disse yrkene oftere røykte enn kvinner.



Figur 3:

Andel dagligrøykere blant menn og kvinner etter Standard for yrkesklassifisering (STYRK 08). Årene 2013-17 samlet. Vedleggstabell G3

Røyking blant personer med innvandrerbakgrunn

Over de siste tiårene har innvandring satt et stadig sterkere preg på ulike områder i samfunnet, dette gjelder også røyking. De første store innvandrergruppene kom på 1970- og 1980-tallet og bestod i hovedsak av arbeidsinnvandrere fra Tyrkia og Pakistan, samt flyktninger fra Vietnam, Sri Lanka og Iran. Innvandrerne brakte med seg svært forskjellige holdninger og vaner forbundet med røyking. I senere år, og særlig i etterkant av Schengen-samarbeidet, har det kommet nye grupper arbeidsinnvandrere fra Øst-Europa. Av disse utgjør polakker den desidert største gruppen (Statistisk sentralbyrå 2016).

I tillegg til å ha stor betydning for de forskjellige befolkningsgruppenes røykevaner, er det sannsynlig at omfanget av røyking i ulike innvandrergruppene også kan ha betydning på omfanget av røyking i totalbefolkningen, særlig i de største byene der de fleste innvandrerne bor.

Røykevaner blant innvandrergrupper påvirkes av en rekke kulturelle forhold, både kulturelle og religiøse, men vil også påvirkes av møtet med majoritetsbefolkningen. Selv om vi ikke har direkte kunnskap om i hvor stor grad røykevaner spres mellom innvandrergruppene og majoritetsbefolkningen, eller mellom innvandrergruppene, er det sannsynlig at normer om røyking fra majoritetsbefolkningen i noen grad tas opp i minoritetsgrupper. I noen tilfeller kan påvirkningen også gå motsatt vei.

SSB har gjennomført levekårsundersøkelser blant innvandrere ved to anledninger, i 2005/06 (Blom 2008) og i 2016 (Vrålstad and Wiggen 2017). Undersøkelsene omfattet de største innvandrergruppene i de respektive periodene - Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka og Somalia.

Hovedfunnene fra undersøkelsen i 2016 var at røyking var vesentlig mer utbredt blant menn fra Tyrkia (36 %), Polen (35 %), Vietnam (30 %), Kosovo (27 %), Irak (26 %) og Iran (23 %) sammenliknet med gjennomsnittet for hele befolkningen. Blant menn fra Pakistan var andelen 19 %. Andelen som røykte daglig blant menn fra Afghanistan, Sri Lanka, Eritrea og Somalia var i samme størrelsesorden som for majoritetsbefolkningen (henholdsvis ni, syv, åtte, 12 og 13 %).

Blant kvinner var det en forskjell mellom dem som var født i Polen, Tyrkia, og Bosnia Hercegovina, der henholdsvis 21, 21 og 19 % røykte daglig, og kvinner som var født i Irak, Iran, Afghanistan, Pakistan, Sri Lanka, Vietnam, Eritrea eller Somalia. I de sistnevnte landene var utbredelsen av røyking nærmest ikke-eksisterende, eller som i Vietnam, svært lavt (fire prosent) (Vrålstad and Wiggen 2017).

Blant de gruppene som ble inkludert ved begge undersøkelsestidspunktene, 2005/06 og 2016, hadde andelen som røykte daglig sunket over tid. For eksempel var andelen dagligrøykere blant menn fra Tyrkia og Irak henholdsvis 13 og 11 prosentpoeng høyere i 2006/06 sammenliknet med 2016 (Blom 2008).

Blant kvinner var andelene dagligrøykere i 2016 i stor grad på samme nivå som i 2005/06, med unntak av kvinner fra Iran der andelen hadde sunket fra 19 til åtte prosent.

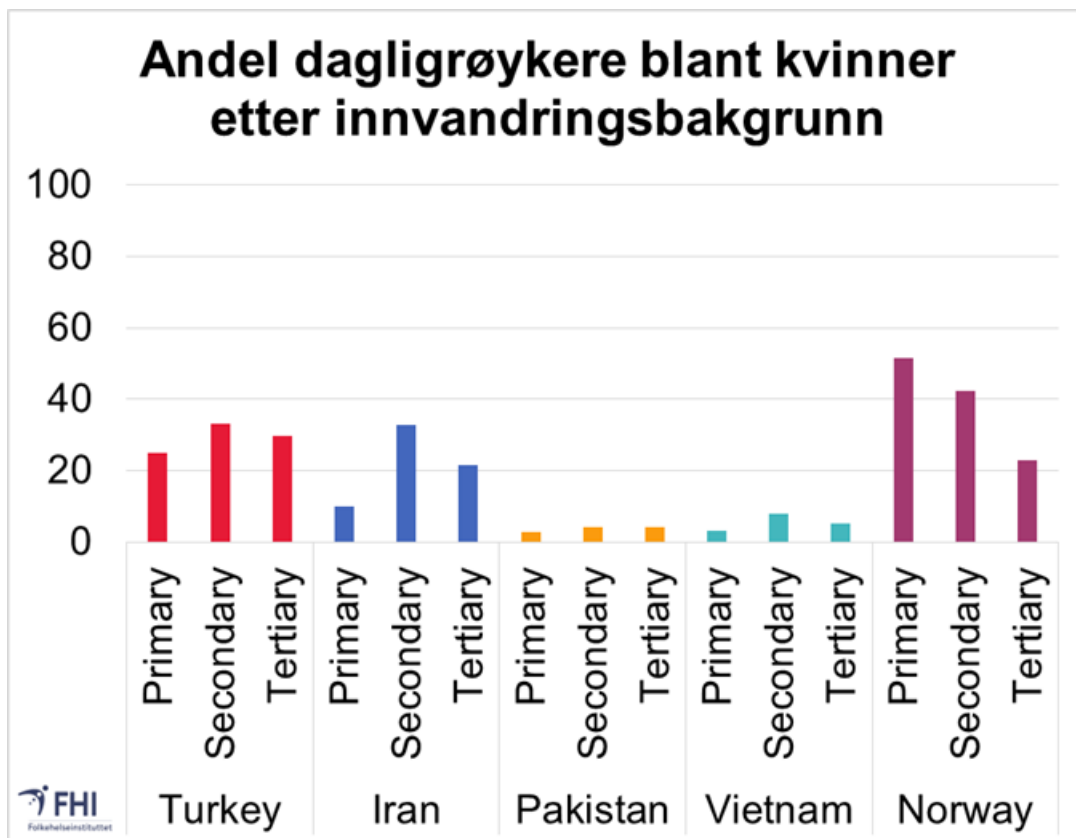
Det er viktig å nevne at dette ikke nødvendigvis betyr at noen av de som røykte i 2005/06 hadde sluttet ti år senere. Det kan også være et resultat at det er kommet nye individer, som i mindre

grad røyker, inn i gruppene.

Som for majoritetsbefolkningen er det naturligvis av interesse å vite om det også blant innvandrere er en utdanningsgradient i røyking. Imidlertid har vi her foreløpig kun tall fra en helseundersøkelse blant innvandrere som ble gjennomført i 2002 (Kumar 2008).

Den gang fant man at røykevanene blant ikke-vestlige innvandrere, og særlig blant menn, varierte med utdanning, i likhet med majoritetsbefolkningen (Vedøy 2013). For kvinner gjaldt dette først og fremst de som var født i Tyrkia eller Iran. I disse to gruppene var andelen som røykte daglig størst blant de som hadde videregående utdanning (eller tilsvarende) som høyeste utdanningsnivå (figur 4).

Blant menn fra Vietnam og Pakistan var utdanningsgradienten i røyking i stor grad den samme som etnisk norske menn (figur 5). Blant menn fra Tyrkia og Iran fant man den samme trenden som for tyrkiske og iranske kvinner, at andelen var høyest blant de som hadde fullført videregående skole, men ikke høgskole eller universitetsutdanning.

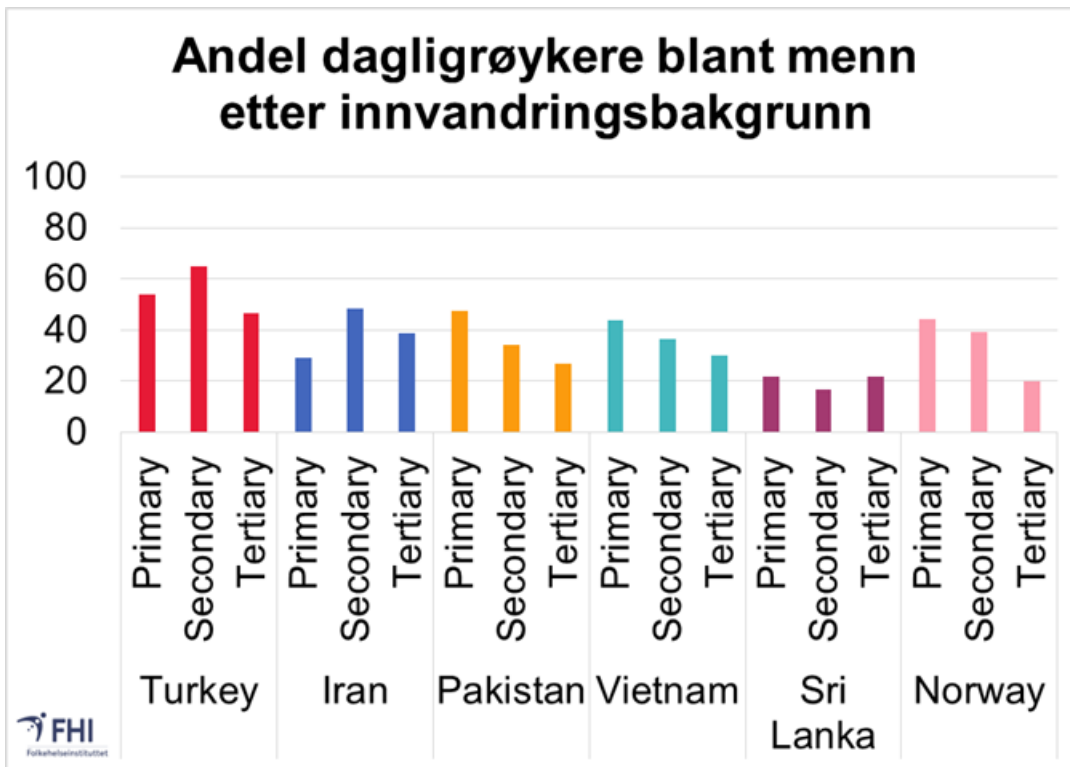


Figur 4:

Andel¹ dagligrøykere blant kvinner etter innvandringsbakgrunn² og utdanning, Oslo 2000/2002. Kilde: (Vedøy 2013)

¹ Justert for alder, sivilstatus og om de vokste opp i Norge

² Sri Lanka er ikke med da færre enn fem kvinner fra Sri Lanka rapporterte at de røykte daglig

**Figur 5:**

Andel¹ dagligrøykere blant menn etter innvandringsbakgrunn og utdanning, Oslo 2000/2002. Kilde: (Vedøy 2013)

¹ Justert for alder og sivilstatus

Referanser

Barbeau, Elizabeth M., Nancy Krieger, and Mah-Jabeen Soobader. 2004. "Working Class Matters: Socioeconomic Disadvantage, Race/Ethnicity, Gender, and Smoking in NHIS 2000." *Am J Public Health* 94(2):269-78.

Bjartveit, Kjell. 2007. *Hvit pest svart tjære: felttog mot farlige folkesykdommer på 1900-tallet*. Oslo: Det norske medisinske Selskab.

Blom, Svein. 2008. "Innvandrerens helse 2005/2006 " Pp. 62 in *Rapporter*. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Danaei, Goodarz, Eric L. Ding, Dariush Mozaffarian, Ben Taylor, Jürgen Rehm, Christopher J. L. Murray, and Majid Ezzati. 2009. "The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors." *PLoS Med* 6(4):e1000058.

Huisman, M., A. E. Kunst, and J. P. Mackenbach. 2005a. "Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries." *Tobacco Control* 14:106 - 13.

—. 2005b. "Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income." *Preventive Medicine* 40(6):756-64.

- Kumar, Bernadette Nirmal. 2008. *The Oslo immigrant health profile*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Laaksonen, Mikko, Ossi Rahkonen, Sakari Karvonen, and Eero Lahelma. 2005. "Socioeconomic status and smoking: Analysing inequalities with multiple indicators." *Eur J Public Health* 15(3):262-69.
- Layte, Richard, and Christopher T. Whelan. 2009. "Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation." *European Sociological Review* 25(4):399-410.
- Lee, A. J., I. K. Crombie, W. C. Smith, and H. D. Tunstall-Pedoe. 1991. "Cigarette smoking and employment status." *Social Science & Medicine* 33(11):1309-12.
- Lopez, A. D., N. E. Collishaw, and T. Piha. 1994. "A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries." *Tobacco Control* 3(3):242-47.
- Lund, K. E., and M. Lund. 2005. "Røyking og sosial ulikhet i Norge." *Tidsskr Nor Lægeforen* 125(5):560-63.
- Lund, Karl Erik. 1996. *Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre [in Norwegian]*. Oslo: Den Norske Kreftforening.
- Pampel, Fred C., and Richard G. Rogers. 2004. "Socioeconomic Status, Smoking, and Health: A Test of Competing Theories of Cumulative Advantage." *Journal of Health and Social Behavior* 45(3):306-21.
- Peretti-Watel, P., J. Constance, V. Seror, and F. Beck. 2009. "Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor?" *Addiction* 104(10):1718-28.
- Rognerud, Marit, Bjørn Heine Strand, and Øyvind Næss. 2007. "Sosial ulikhet i helse: En faktarapport." Pp. 68 s., fig., tab. in *Rapport / Nasjonalt folkehelseinstitutt*. Oslo: Norwegian institute for public health
- Statistisk sentralbyrå. 2016. "Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016."
- Sæbø, Gunnar. 2013. "Sigaretter, snus og status – Om livsstilsforskjeller mellom brukergrupper av ulike tobakksprodukter." *Sosiologisk Tidsskrift* 21(01):5-32.
- Thun, Michael, Richard Peto, Jillian Boreham, and Alan D Lopez. 2012. "Stages of the cigarette epidemic on entering its second century." *Tobacco Control* 21(2):96-101.
- Vedøy, Tord Finne. 2013. "The role of education for current, former and never-smoking among non-western immigrants in Norway. Does the pattern fit the model of the cigarette epidemic?" *Ethnicity & Health* 18(2):190-210.
- . 2014. "Tracing the cigarette epidemic: An age-period-cohort study of education, gender and smoking using a pseudo-panel approach." *Social Science Research* 48:35-47.

- Vollset, Stein Emil, Randi Selmer, Aage Tverdal, and Håkon K. Gjessing. 2006. *Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Vrålstad, Signe , and Kjersti Stabell (red.) Wiggen. 2017. "Levekår blant innvandrere i Norge 2016." Pp. 242 in *Rapporter*. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- West, P., H. Sweeting, and R. Young. 2007. "Smoking in Scottish youths: personal income, parental social class and the cost of smoking." *Tobacco Control* 16(5):329-35.

Utbredelse av snus i Norge

Kort beskrivelse av utviklingstrekk for bruk av snus daglig, og av og til, i Norge fra midten av 1980-tallet. Videre vises bruk i ulike aldersgrupper og geografiske regioner, og blant kvinner og menn, både voksne og ungdommer/unge voksne.

Hovedpunkter

- Bruk av snus har endret seg fra å være et svært uvanlig til et ganske vanlig fenomen.
- Snus var lenge et produkt som nesten utelukkende ble brukt av menn, men har i senere år blitt stadig mer populært blant kvinner.
- Andelen som bruker snus blant menn i alderen 16-24 har ikke endret seg i særlig grad i løpet av de siste ti årene. Likeledes ser den kraftige økningen i snusbruk blant kvinner i denne aldersgruppen ut til å avta.
- Hovedårsaken til fortsatt økning i snusbruk er en økende andel brukere i aldersgruppen 25-49 år.

Endringer i bruk av snus blant menn og kvinner

Fra slutten av 1980-årene begynte salget av snus å øke, inntil det fra ca 2010 flatet ut (se Tobakksmarkedets sammensetning) Fram til ganske nylig var konsumentene i hovedsak menn. I denne artikkelen vil vi vise hvordan bruk av snus blant menn og kvinner har endret seg fra midten av 1980-tallet og frem til i dag. I tillegg vises tall for bruk av snus i ulike aldersgrupper, i ulike geografiske regioner og blant menn med ulik utdanningslengde.

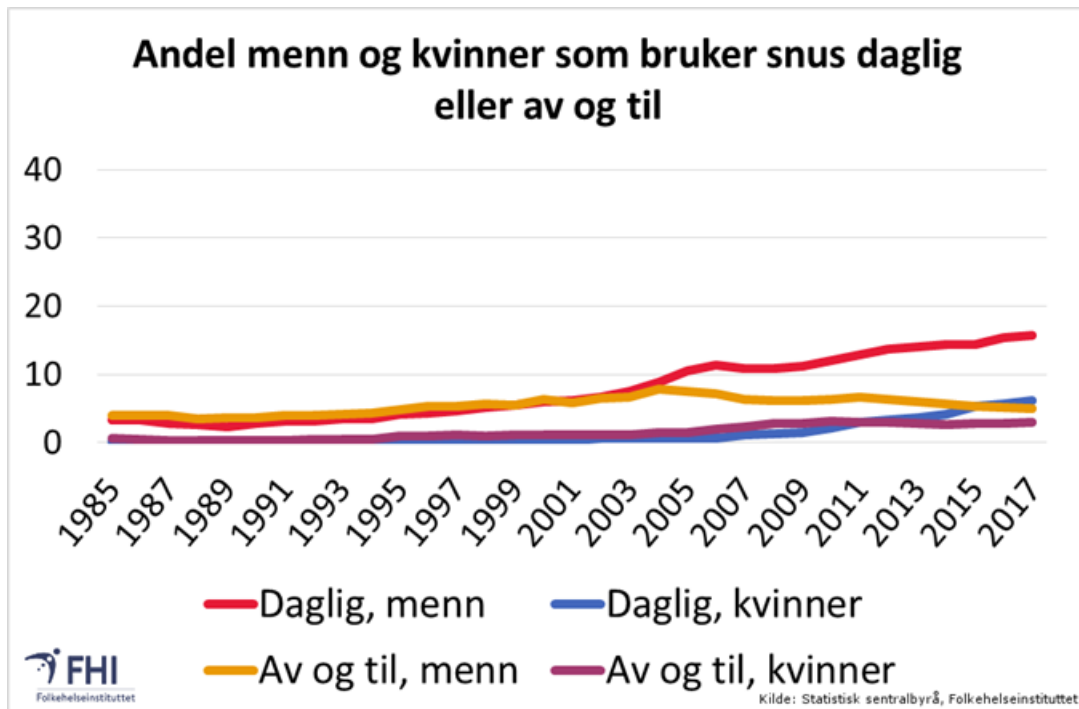
Et overordnet funn er at over de fire siste tiårene har bruk av snus endret seg fra å være et marginalt produkt til å bli en temmelig vanlig konsumvare. Denne økningen skyldes i hovedsak fire forhold; i) at etablerte røykere benytter snus som metode for røykeslutt, ii) at etablerte røykere benytter snus som delvis substitusjon for sigaretter (dobbelt bruk), iii) at et segment blant ungdommer som før ville ha begynt å røyke i større grad velger snus og iv) at et segment blant ungdommer som ellers ikke ville ha brukt tobakk overhode, i stadig større grad begynner å bruke snus (Lund, Vedøy and Bauld 2016).

Bruk av snus blant voksne

I 2017 rapporterte 17 % av voksne menn 16-74 år at de brukte snus daglig, mens ytterligere fem prosent brukte snus av og til. For kvinner var de tilsvarende andelene henholdsvis seks og tre prosent (figur 1). Antallet snusbrukere kan dermed anslås til 477 000 menn og 184 000 kvinner. I perioden fra sommeren 2016 til sommeren 2017 brukte disse 661 000 personene til sammen i underkant av 2 300 tonn snus (registret og beregnet uregistrert mengde), noe som tilsvarer et årlig gjennomsnittlig forbruk på ca. 3,4 kg per snusbruker. Blant menn har den daglige bruken av snus vært konstant over det siste tiåret, rundt 10 porsjoner (priser) om dagen. Blant kvinner økte

frekvensen fra sju per dag i 2006, det første året man stilte spørsmålet, til 10 porsjoner per dag i 2017 (se vedleggstabell H4).

Utbredelsen av snus var lenge stabil og begrenset. I perioden 1985 til 1995 svarte under fem prosent av menn at de brukte snus daglig. I den samme perioden var bruk av snus nær ikke-eksisterende blant kvinner. Økningen i andelen snusbrukere startet rundt midten av 1990-tallet for menn, mens veksten blant kvinner først kom 10-15 år seinere. Denne faseforskyvningen i popularitet mellom menn og kvinner minner om hva vi vet om spredningen av sigarettøyking, om enn i mindre skala (se Utbredelse av sigarettøyking i Norge). Fra og med 2003 har en større andel av menn brukt snus daglig sammenliknet med av og til. For kvinner inntraff dette skiftet ca 10 år senere.

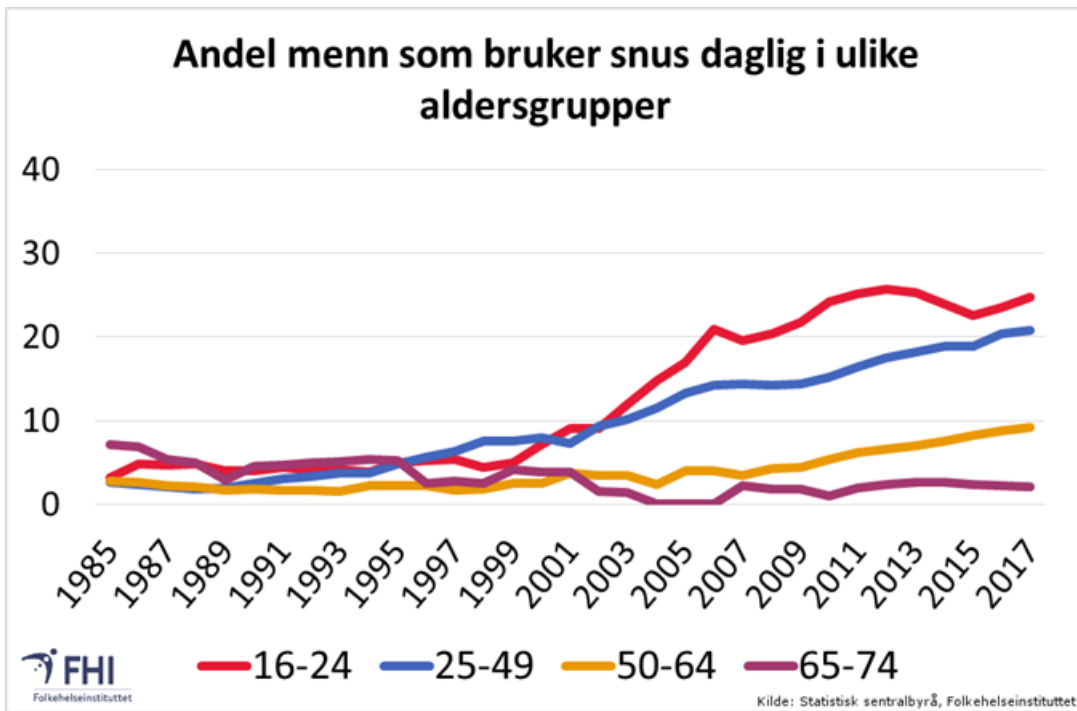


Figur 1:

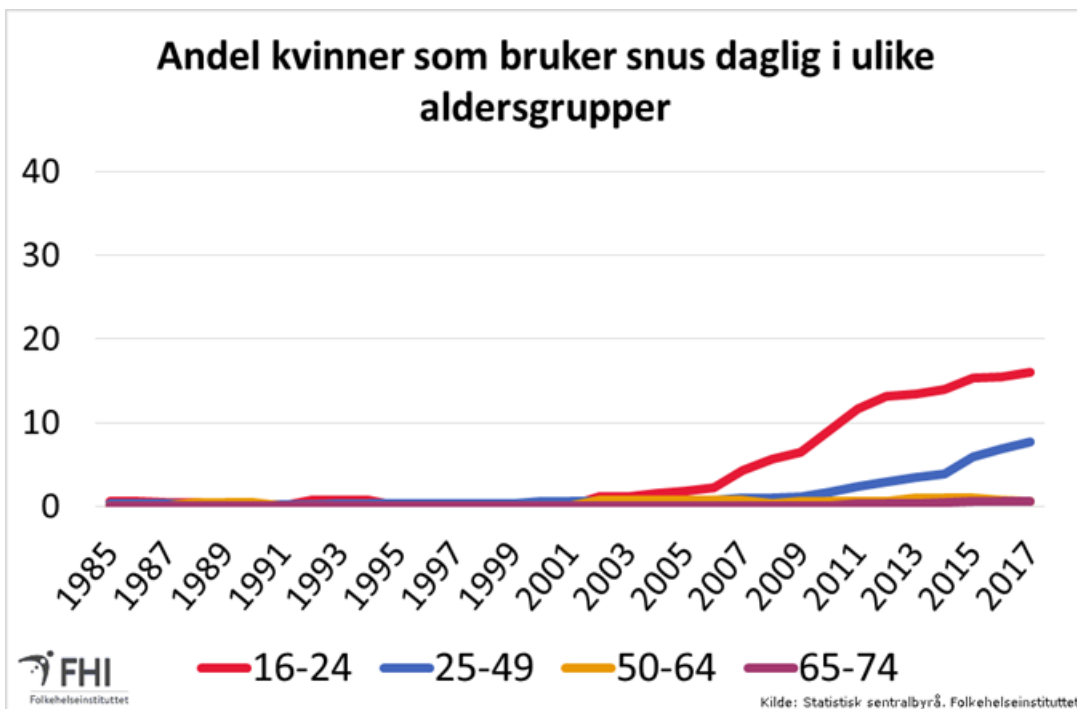
Andelen menn og kvinner i alderen 16-74 år som oppgir å bruke snus daglig eller av og til i perioden 1985-2017. Vedleggstabell H1. Kilde: Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Andel snusbrukere i ulike aldersgrupper

Både blant kvinner og menn er det en klar sammenheng mellom alder og snusbruk. I perioden 2005-2017 var bruk av snus mest utbredt blant menn i alderen 16-24 år. I denne gruppen har utbredelsen av snus daglig vært relativt stabil over de siste 10 årene, mellom 20 og 25 % (figur 2). Blant kvinner i samme aldersgruppe brukte rundt 16 % snus daglig i 2017, men også i denne gruppen viser utviklingen tegn på utflating (figur 3). Blant personer i den eldste aldersgruppen er bruk av snus svært lite utbredt, både blant kvinner og menn.

**Figur 2:**

Andel som bruker snus daglig i ulike aldersgrupper av menn, 1985-2017, treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell H2. Kilde: Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

**Figur 3:**

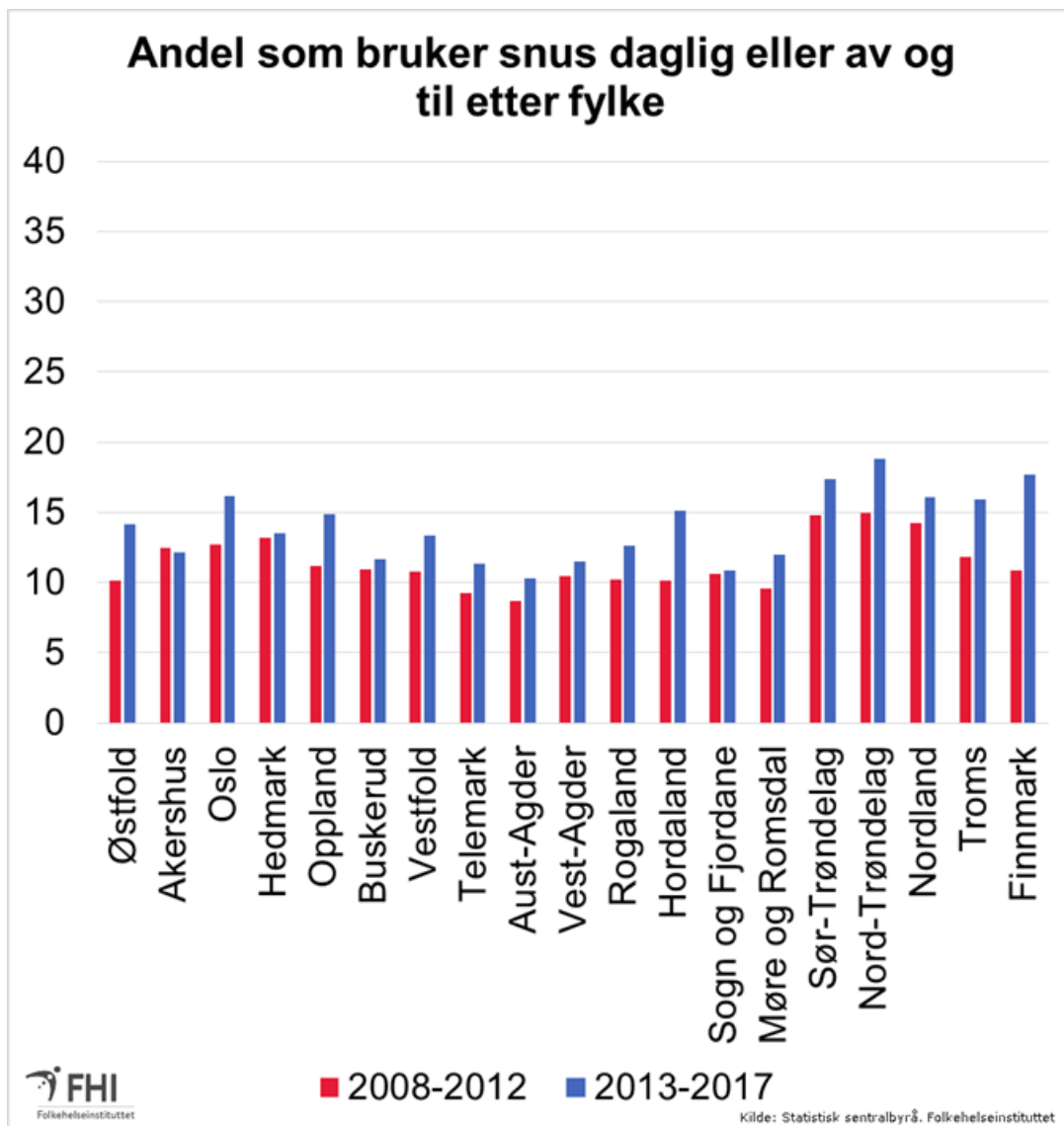
Andel som bruker snus daglig i ulike aldersgrupper av kvinner, 1985-2017, treårig glidende gjennomsnitt. Vedleggstabell H3. Kilde: Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Selv om snus har blitt mer populært over tid har ikke alder for første gangs bruk, og senere regelmessig bruk, sunket, snarere tvert imot. I 2004 var gjennomsnittsalderen for eksperimentering med snus 19 år blant menn og 20 år blant kvinner. Tolv år senere var gjennomsnittsalderne 22 år for både menn og kvinner. Likeledes, i 2004 var gjennomsnittsalderen

på det tidspunktet respondentene mente de begynte å bruke snus regelmessig 22 år for menn og 20 år for kvinner. I 2017 var gjennomsnittsalderen 24 år for begge kjønn.

Andel snusbrukere etter geografi

Den høyeste andelen som bruker snus finner vi i Nordland og Trøndelagsfylkene der over 17 % bruker snus daglig eller av og til (figur 4). Aust-Agder og Sogn og Fjordane er de fylkene med lavest andel daglige snusbrukere, under 10 %. I stort sett alle fylkene virker det å være en litt høyere andel som brukte snus i perioden 2013-2017 sammenlignet med 2008-2012. Imidlertid er det bare i noen av fylkene at størrelsen på forskjellene og beregningsgrunnlaget er stort nok til å kunne å hevde at det faktisk er forskjeller mellom periodene. Dette gjelder fylkene Akershus, Oslo, Telemark, Vest-Agder, Rogaland, Hordaland, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag.

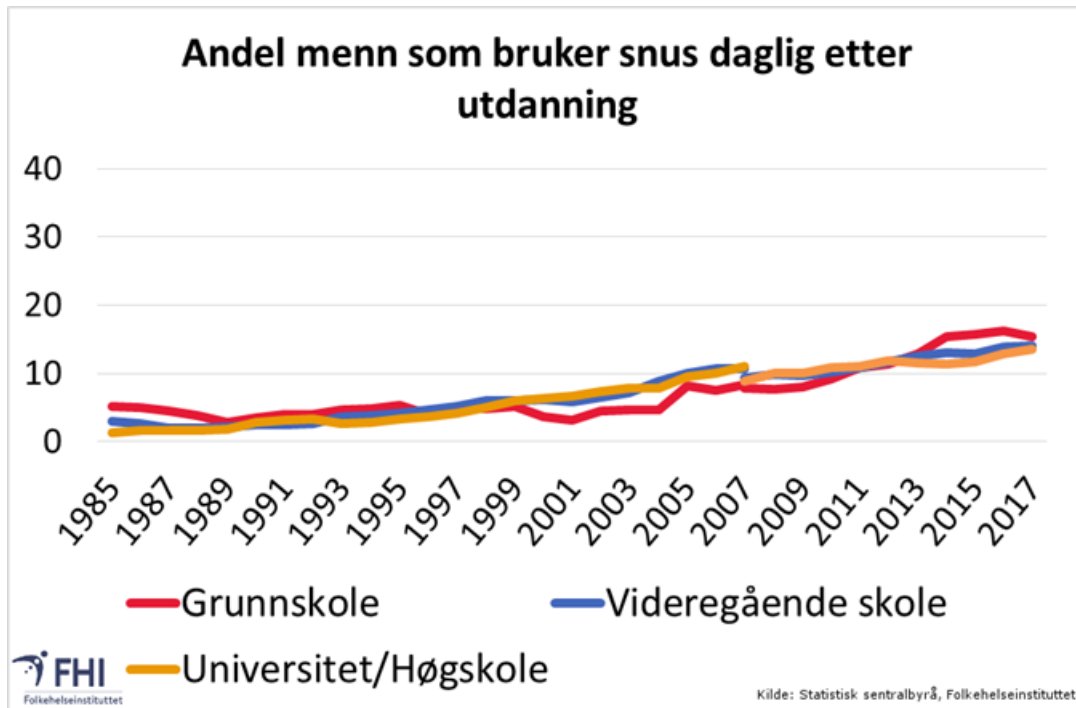


Figur 4:

Andel menn og kvinner som bruker snus daglig eller av og til i de ulike fylkene i periodene 2008-2012 og 2013-2017 Vedleggstabell H5. Kilde: Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Andel snusbrukere etter utdanning

Til forskjell fra utbredelsen av sigarettøyking, ser det ikke ut til at utdanningslengde er særlig sterkt assosiert med bruk av snus. Imidlertid, ser vi på menn i alderen 25-74 år i tidsrommet 2010-2015 samlet, kan det virke som om andelen som brukte snus daglig økte mer blant menn som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning sammenliknet med dem som hadde fullført videregående utdanning eller Høgskole eller Universitetsutdanning (figur 5). I tillegg, om vi vurderer hele perioden, virker det som om økningen i popularitet fant sted noen år senere blant dem som ikke hadde fullført videregående utdanning sammenliknet med andre utdanningsgrupper. Det er ikke nok data til å gjøre de samme vurderingene for kvinner.



Figur 5:

Andel menn som bruker snus daglig i alderen 25 til 74 etter høyeste fullførte utdanning, i prosent, 1985-2017, treårig glidende gjennomsnitt. Kilde: Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet

Referanser

Lund, K. E., T. F. Vedøy, and L. Bauld. 2016. "Do never smokers make up an increasing share of snus users as cigarette smoking declines? Changes in smoking status among male snus users in Norway 2003-2015." *Addiction*.

Utbredelse av e-sigaretter og fordampere i Norge

Tall over bruk av e-sigaretter/fordampere i den generelle norske befolkningen, og mer spesifikt blant personer med ulik røykestatus. I tillegg undersøkes det om bruken har endret seg over tid og hvilke produkter/e-væsker som benyttes mest hyppig. Til slutt diskuteres ulike motiver for bruk av e-sigaretter/fordampere.

Hovedpunkter

- Utbredelsen av e-sigaretter og fordampere i den generelle befolkningen er svært lav og ser ikke ut til å ha økt i perioden 2015-2017.
- Utbredelsen av og eksperimentering med e-sigaretter og fordampere blant røykere eller tidligere røykere er relativt stor.
- Utbredelsen av e-sigaretter og fordampere blant personer uten erfaring med røyking eller snus er nærmest ikke-eksisterende.
- «Mods» eller «tanks» er de foretrukne produkt-typene for damping.
- Litt over 10 % bruker vanligvis e-væske/juice uten nikotin.

Hva er e-sigaretter/fordampere

E-sigaretten ble oppfunnet og patentert som et røykesubstitutt i Kina i 2003, og må sies å være et relativt nytt produkt. I 2006 ble enkle e-sigaretter som liknet konvensjonelle sigaretter sluppet på verdensmarkedet. I det påfølgende tiåret har imidlertid produktinnovasjonen vært stor.

Førstegenerasjonsprodukter, e-sigaretter som i form ofte var imitasjoner av sigaretter, har fått selskap av større og mer avanserte fordampere. Prinsippet for bruk er likevel det samme; e-sigarettene inneholder et batteridrevet varmeelement som aktiveres manuelt eller automatisk ved Innånding. Elementet varmer en nikotinholdig eller nikotinfri væske (ofte kalt e-væske eller e-juice) primært bestående av propylenglykol (PG), vegetabilsk glyserol (VG) og ønsket smakstilsetning. Dampen som dannes inhaleres og nikotinen som tas opp i kroppen – hovedsakelig gjennom slimhinner i munn og svelg - vil variere med bruksintensitet, inhaleringsmåte, nikotininnhold i e-væsken, blandingsforholdet mellom PG og VG, samt type fordampere som brukes. Utåndet damp – aerosol - kan utseendemessig gi assosiasjoner til røyken fra tobakksigaretter.

I løpet av de siste ti årene har nikotinmarkedet endret seg betydelig, dette skyldes i noen grad introduksjonen av e-sigaretter og fordampere. Andelen røykere har sunket, mens bruken av e-sigaretter har vært økende i den vestlige verden (Andler et al. 2016; Brown et al. 2014). I Norge har også økningen i snusbruk vært relativt kraftig.

Imidlertid har det fram til 2018 vært forbudt å importere nikotinholdig e-væske for kommersielt videresalg i Norge. Dette forbudet er imidlertid vedtatt fjernet (Helsedirektoratet 2018). Privatimport for tre måneders personlig forbruk har vært tillatt, og internett har vært den primære arenaen for både handel og informasjonsinnhenting. I følge en undersøkelse av Vedøy og

Lund var det kun 22 % av damperne som hadde kjøpt sin siste dose av e-væske i Norge (enten via utsalgsted eller nettbutikk) og kun 42 % som svarte at den siste fordampereheten var anskaffet i Norge. I hovedsak ble disse produktene importert fra utlandet via internett eller kjøpt fra utsalgsteder ved besøk i Sverige eller Danmark (Vedøy and Lund 2017).

Omfanget av bruk av e-sigaretter i den norske befolkningen har til nå blitt kartlagt via landsdekkende spørreundersøkelser, hovedsakelig FHIs/SSBs Røykevaneundersøkelse. I tillegg har vi informasjon om bruk av e-sigaretter/fordampere blant voksne 15 år og over fra og med 2015 fra en omfattende undersøkelse utført av IPSOS på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (N=35629). Denne undersøkelsen er basert på et web-panel og er nødvendigvis ikke representativ for befolkningen. Motiver for bruk av e-sigaretter og fordampere er belyst med analyser av personlige intervjuer med brukere.

Bruk av e-sigaretter og fordampere i Norge i ulike grupper av tobakksbrukere

I de årlige undersøkelsene om tobakks- og nikotinbruk som SSB utfører på oppdrag fra FHI (Røykevaneundersøkelsen), ble spørsmål om bruk av e-sigaretter eller nikotinfordampere inkludert fra og med 2013.

Ved å kombinere observasjoner for perioden 2013 til 2017 begynner datagrunnlaget å bli robust nok til å kunne trekke konklusjoner om utbredelse. Imidlertid er det verdt å merke seg at ordlyden på spørsmålet om e-sigaretter/fordampere i SSB-undersøkelsen ble endret i 2015, slik at en direkte sammenlikning mellom periodene 2013-14 og 2015-17 ikke lar seg gjøre (se tabell 1a og 1b). Spørsmål om type e-sigaretter/fordampere og type væske brukt ble inkludert fra og med 2017. IPSOS-undersøkelsen ble gjennomført i årene 2015-17 med identiske spørsmål.

Siden bruken av e-sigaretter/fordampere var et relativt nytt fenomen i 2013 og 2014, ble respondentene i SSBs Røykevaneundersøkelse i disse to årene spurt om de i det hele tatt hadde hørt om slike produkter. Andelen i alderen 16-74 år som svarte bekræftende på dette spørsmålet økte fra 78 % (N=1087) i 2013 til 90 % (N=2161) i 2014. Av de som hadde hørt om e-sigaretter, hadde 15 % prøvd slike produkter, begge år sett under ett (N=2794).

Ser vi de 15 prosentene av respondentene i 2013 og 2014 som hadde prøvd e-sigaretter/fordampere under ett, hadde de aller fleste (82 %) kun prøvd én eller noen få ganger, 10 % rapporterte at de brukte e-sigaretter sjeldnere enn ukentlig, mens åtte prosent oppga at de brukte e-sigaretter regelmessig (N=404). Som andeler av hele utvalget av respondentene i 2013 og 2014 utgjorde disse gruppene henholdsvis én, én og 10 % (N=3248).

Vi har ikke sammenliknbare tall fra og med 2015, men andelen som svarte at de brukte e-sigaretter enten daglig eller av og til i 2015 og 2016 var i samme størrelsesorden som andelen som svarte at de brukte e-sigaretter enten «ukentlig eller oftere» eller «sjeldnere enn ukentlig» i 2013 og 2014 (tabell 1a og 1b). Tabell 1a og 1b viser også at om vi ser bruk av e-sigaretter/fordampere opp mot røykestatus finner vi at bruk av e-sigaretter/fordampere var langt høyere blant de med røykeerfaring, dagligrøykere og tidligere dagligrøykere, enn de uten slik erfaring.

Tabell 1a:

Bruk av e-sigaretter i ulike kategorier av røykere, personer i alderen 16-74 år, 2013 og 2014 samlet, i prosent. Kilde: FHI/SSB

2013-2014	Brukerstatus e-sigaretter/fordampere				
Røykestatus	Ukentlig eller oftere	Sjeldnere enn ukentlig	En eller noen få ganger	Ikke prøvd/spurt*	N
Røyker daglig	4.0	5.6	28.6	61.8	304
Røyker av og til, aldri røykt daglig	0.0	1.9	22.2	75.9	54
Røyker av og til, tidligere røykt daglig	3.4	1.1	23.6	71.9	89
Røyker ikke nå, men tidligere daglig	0.4	0.9	10.1	88.6	457
Røyker ikke nå, men tidligere av og til	0.0	0.5	11.1	88.4	199
Aldri røykt	0.0	0.2	2.8	97.0	1106
Alle	0.8	1.2	9.9	88.1	2209

*I denne gruppen inngikk også 2 personer som svarte «vet ikke» eller ville ikke svare

Tabell 1b:

Bruk av e-sigaretter i ulike kategorier av røykere, personer i alderen 16-74 år, 2015-2017 samlet, i prosent. Kilde: FHI/SSB

2015-2017	Brukerstatus e-sigaretter/fordampere			
Røykestatus	Daglig	Av og til	Ikke prøvd*	N
Røyker daglig	1.8	12.1	86.0	544
Røyker av og til, aldri røykt daglig	0.0	4.1	96.0	148
Røyker av og til, tidligere røykt daglig	2.1	7.8	90.1	192
Røyker ikke nå, men tidligere daglig	2.4	1.0	96.6	998
Røyker ikke nå, men tidligere av og til	0.4	1.6	98.0	502
Aldri røykt	0.2	0.3	99.5	2722
Alle	0.9	2.2	96.9	5106

* I denne gruppen inngikk også 8 personer som svarte «vet ikke» eller ville ikke svare

I IPSOS-undersøkelsen var prosentandelene som svarte at de brukte e-sigaretter/fordampere «daglig» eller «av og til» i samme størrelsesorden som i SSB-undersøkelsene fra 2015-17 (tabell 2a). Ut fra IPSOS-undersøkelsen kan en anta at ca. 50 000 personer (én prosent) bruker e-sigaretter/fordampere daglig og at ytterligere ca. 100 000 personer (to prosent) bruker e-sigaretter av og til. Fem prosent svarte at de hadde brukt e-sigaretter/fordampere tidligere, men at de nå hadde sluttet. Denne andelen var imidlertid vesentlig større blant dagligrøykerne (21 %). Som i SSB-undersøkelsen var bruk av e-sigaretter/fordampere nærmest ikke-eksisterende blant de som aldri hadde røykt.

Daglig bruk av e-sigaretter/fordampere var *relativt sett* mest utbredt blant personer som røykte daglig (to prosent) og blant dem som hadde redusert fra daglig til av-og-til-røyking (fire prosent). Det er imidlertid i gruppen av tidligere dagligrøykere som nå har sluttet helt å røyke at vi finner det *største antallet personer* som bruker e-sigaretter.

Sammenhengen mellom bruk av e-sigaretter og snus var mindre tydelige (tabell 2b), men som for røyking var bruk av e-sigaretter/fordampere blant de som aldri hadde brukt snus liten.

Tabell 2a:

Bruk av e-sigaretter i ulike kategorier av røykere, personer i alderen 16-74 år, 2015-2017 samlet, i prosent. Kilde: IPSOS

Røykestatus	Daglig	Av og til	Tidligere	Aldri	N
Røyker daglig	2.4	13.4	20.5	63.7	3370
Røyker av og til, aldri daglig	0.8	7.8	5.3	86.1	1276
Røyker av og til, tidligere daglig	4.0	7.2	10.5	78.3	1823
Røyker ikke nå, men tidligere daglig	2.7	1.1	5.3	90.9	8232
Røyker ikke nå, men tidligere av og til	0.4	0.9	3.0	95.8	5508
Aldri røykt	0.0	0.2	0.4	99.4	15407
Alle	1.2	2.4	4.5	91.9	35616

Tabell 2b:

Bruk av e-sigaretter i ulike kategorier av snusbrukere, personer i alderen 16-74 år, 2015-2017 samlet, i prosent.

Kilde: IPSOS

Snusbruksstatus	Daglig	Av og til	Tidligere	Aldri	N
Bruker snus daglig	1.1	3.1	7.3	88.5	3914
Bruker snus av og til, aldri daglig	2.3	11.7	10.6	75.5	1063
Bruker snus av og til, tidligere daglig	3.7	7.7	8.4	80.3	729
Bruker ikke snus nå, men tidligere daglig	1.6	2.0	5.5	90.9	1662
Bruker ikke snus nå, men tidligere av og til	2.2	3.2	10.4	84.2	2018
Aldri brukt snus	1.0	1.7	3.2	94.1	26227
Alle	1.2	2.4	4.5	91.9	35613

Bruk av e-sigarett og fordampere over alder og tid

Undersøker vi bruk av e-sigarett/fordampere over tid og alder viser FHIs/SSBs Røykevaneundersøkelse og IPSOS-undersøkelsen stort sett det samme (tabell 3). Som vi ser er det en tendens til at daglig bruk av e-sigarett/fordampere er mest utbredt blant voksne i alderen 25 til 64 år. Samtidig er bruk av og til relativt mye utbredt blant aldersgruppen 16-24 år.

Bruk av e-sigarett etter alder, i prosent.

Tabell 3:Kilde: IPSOS og FHI/SSB

Alder	IPSOS				FHI/SSB			
	Daglig	Av og til	Tidligere /aldri	N	Daglig	Av og til	Tidligere /aldri*	N
16-24	0.8	4.5	94.8	3349	0.4	3.1	96.5	2755
25-49	1.4	2.2	96.4	19704	1.0	2.4	96.6	7472
50-64	1.2	2.5	96.3	8259	0.8	2.6	96.6	4491
65-74	0.5	1.5	98.0	4304	0.7	1.5	97.8	2296
Alle	1.2	2.4	96.4	35616	0.8	2.5	96.7	17014

*I denne gruppen inngikk også 25 personer som svarte «vet ikke» eller ville ikke svare

Undersøker vi trenden etter periode finner vi en svakt økende trend i andelen som brukte e-sigarett/fordampere daglig. Ser vi denne endringen i lys av røykestatus finner vi at økningen nær

utelukkende fant sted blant de som røyker daglig eller av og til (ikke vist i tabell).

Bruk av e-sigarett etter undersøkelsesår, personer i alderen 16-74 år, i prosent.

Tabell 4: Kilde: IPSOS og FHI/SSB

IPSOS				FHI/SSB				
År	Daglig	Av og til	Tidligere/ aldri	N	Daglig	Av og til	Tidligere/ aldri *	N
2015	1.0	2.5	96.5	11897	0.9	2.5	96.6	5894
2016	1.1	2.0	96.9	12979	0.7	2.6	96.7	5449
2017	1.4	2.9	95.8	10740	0.8	2.3	97.0	5671
Alle	1.2	2.4	96.4	35616	0.8	2.5	96.7	17014

*I denne gruppen inngikk også 25 personer som svarte «vet ikke» eller ville ikke svare

Lyst til å bruke e-sigarett

I SSB-undersøkelsene fra 2013 og 2014 ble personer som hadde hørt om e-sigarett, men som ennå ikke hadde prøvd, spurt om de kunne tenke seg å begynne å bruke produktet (tabell 5a). Nesten ingen ikke-røykere eller forhenværende dagligrøykere oppga at de kunne tenke seg å begynne å dampe e-sigarett. Heller ikke snusbrukere rapporterte å være særlig tiltalt av e-sigarettene (ikke vist i tabell). Det er i første rekke blant dagligrøykerne vi finner reservoaret av potensielle brukere av e-sigarett. Hele 33 % av dagligrøykere uten forutgående brukserfaring med e-sigarett svarte at de kunne tenke seg å begynne med produktet.

Tabell 5a:

Kunne tenke seg å bruke e-sigarett blant personer som har hørt om, men ikke prøvd e-sigarett/fordampere, personer i alderen 16-74 år, 2013/2014 samlet, i prosent.

Kilde: FHI/SSB

2013-2014	Kunne du tenke deg å begynne å bruke e-sigarett?			
	Ja	Nei	Vet ikke/vil ikke svare	N
Røyker daglig	32.5	60.6	6.9	160
Røyker av og til, aldri røykt daglig	10.3	89.7	0.0	29
Røyker av og til, tidligere røykt daglig	3.6	92.9	3.6	56
Røyker ikke nå, men tidligere daglig	0.9	99.1	0.0	350
Røyker ikke nå, men tidligere av og til	1.5	98.5	0.0	135

Aldri røykt	0.1	99.8	0.1	858
Alle	4.0	95.2	0,9	1588

Fra og med 2015 var spørsmålsformuleringen igjen litt annerledes. I disse årene ble alle som svarte at de aldri hadde brukt e-sigaretter eller fordampere spurt om de kunne tenke seg å begynne å bruke produktet (tabell 5b). Også her ser vi svarene i lys av røykestatus og som i foregående år er det blant dagligrøykere vi finner den største andelen som sier de kunne tenke seg å begynne med e-sigaretter eller fordampere.

Tabell 5b:

Kunne tenke seg å bruke e-sigaretter blant personer som har hørt om, men ikke prøvd e-sigaretter/fordampere, personer i alderen 16-74 år, 2015-2017 samlet, i prosent.

Kilde: FHI/SSB

2015-2017	Kunne du tenke deg å begynne å bruke e-sigaretter?			
	Ja	Nei	Vet ikke	N
Røyker daglig	15.7	83.0	1.3	465
Røyker av og til, aldri røykt daglig	3.5	95.1	1.4	142
Røyker av og til, tidligere røykt daglig	5.3	94.2	0.6	171
Røyker ikke nå, men tidligere daglig	0.3	99.6	0.1	963
Røyker ikke nå, men tidligere av og til	0.2	99.8	0.0	491
Aldri røykt	0.3	99.6	0.0	2707
Alle	2.0	97.8	0.2	4939

Produkttype og innhold

Som nevnt innledningsvis har det vært hyppige og grunnleggende endringer av e-sigaretter og fordampere over et relativt kort tidsrom, både hva angår selve fordampereheten og hva som fordampes. Man kan derfor ikke vurdere bruk av e-sigaretter eller fordampere kun ved å se på utbredelse av fenomenet i sin helhet. Av denne grunn tok man med et spørsmål om type produkt og innhold i Røykevaneundersøkelsen fra og med 2017. I tillegg spurte man tilsvarende, men ikke identiske spørsmål i IPSOS forsyningsundersøkelse i perioden 2015-17. Resultatene er gjengitt i tabell 6 og 7.

I begge undersøkelsene utgjorde påfyllbare/oppladbare fordampere som i størrelse og form ikke ligner på ordinære sigaretter («mods» eller «tanks») den relativt største gruppen av produkter. Fordampere som likner på sigaretter og som ikke kan lades opp eller fylles på utgjorde den minste gruppen i IPSOS-undersøkelsen der det var mulig å skille ut denne gruppen.

Tabell 6:

Type e-sigaretter brukt av nåværende eller tidligere brukere, personer i alderen 16-74 år, 2015-17 (IPSOS) og 2017 (SSB/FHI), i prosent.

Kilde: IPSOS, FHI/SSB

Type produkt	IPSOS 2015-17		FHI/SSB 2017	
	Andel	N	Andel	N
«Cigalikes», engangstype	18.3	232	33.8	49
«Cigalikes», påfyllbare/oppladbare	24.4	310		
«Mods» eller «tanks»	57.4	729	53.1	77
Vet ikke	-	-	13.1	19
Sum	100	1271	100	145

Inndelingen av nikotinkonsentrasjon var noe ulik i de to undersøkelsene, men i stor grad overlappende. For eksempel viser det første intervallet i tabellen (1-11) til IPSOS-undersøkelsen og det andre (1-12) til FHIs/SSBs Røykevaneundersøkelse.

Mellom 10 og 15 % av brukerne svarte at det ikke var nikotin i den e-væsken/e-juicen som de vanligvis brukte. Den mest vanlige konsentrasjonen var 1-11 eller 1-12 milligram per milliliter. Det må nevnes at denne konsentrasjonen ikke nødvendigvis sier noe om hvor mye nikotin brukerne får i blodbanen. Dette avhenger av flere forhold som for eksempel styrken på varmeelementet (Farsalinos et al. 2014).

Tabell 7:

Innhold i e-sigaretter brukt av nåværende eller tidligere brukere, personer i alderen 16-74 år, 2015-17 (IPSOS) og 2017 (SSB/FHI), i prosent.

Kilde: IPSOS, FHI/SSB

Innhold	IPSOS 2015-17		FHI/SSB 2017	
	Andel	N	Andel	N
Nikotinfrie	12.2	155	15.2	22
1-11/1-12 milligram per milliliter	42.2	536	40.0	58
12-19/13-21 milligram per milliliter	25.7	327	12.4	18
Mer enn 20/22 milligram per milliliter	5.1	65	4.1	6
Vet ikke	14.8	188	28.3	41
Sum	100	1271	100	145

Motiver for bruk av e-sigaretter/fordampere

Bruk av e-sigaretter og fordampere – gjerne kalt damping eller vaping, ble undersøkt i en kvalitativ studie hvor fem bruksmotiv ble identifisert (Tokle 2014). Majoriteten oppga (I) helsegevinst og (II) stigma ved røyking som primære bruksmotiv. Deretter (III) økonomisk besparelse og (IV) anvendelighet. Noen oppgav i tillegg (V) sensasjonsaspektet ved e-sigaretter.

Bruksmotivene er nært knyttet opp mot informantenes tidligere røykerstatus. Brorparten av de intervjuede damperne hadde en fortid som dagligrøykere. De fortalte om sterk avhengighet av både nikotin og røykeritualet. E-sigarettene som vellykket røykesubstitutt ble forklart med at dampingen både adresserte den fysiske avhengigheten av nikotin og de sensoriske sidene ved å røyke. De fremhevet e-sigaretter som et helsemessig bedre alternativ til sigaretter. Tobakksrøykingen hadde for mange resultert i alvorlige helseskader. Flere fortalte om økt livskvalitet etter overgangen fra røyk til damp i form av både bedre helse og mindre stigma. Opplevelsen av å føle seg stigmatisert som røyker ble snakket om som et viktig røykesluttmotiv og dampemotiv.

For noen var lavere kostnader knyttet til bruk av e-sigaretter versus tobakk et viktig økonomisk insentiv. Mens e-sigarettenes anvendelighet ble fremhevet for særlig to ting: Det første var nært relatert til helse og stigma og handlet om belastende lukt og farlige avgasser. Informantene fortalte at dampingen deres medførte mindre sjenanse og skade på omgivelsene enn hva røykingen deres hadde gjort. Det andre var at på tidspunktet for undersøkelsen var damping også unntatt røykeloven og e-sigarettene kunne brukes på steder hvor det ikke var tillatt å røyke. Flere av informantene dampet på steder hvor det ville være normoverskridende eller ulovlig å røyke.

Bruksfrekvensen for e-sigaretter var i tillegg høyere for flere av de intervjuede sammenlignet med røyketobakk. Med andre ord utviklet det seg nye bruksmønstre for damping. Etablerte dampere viste også hvordan bruken av e-sigaretter hadde selvstendig symbolsk verdi utover å være et røykesubstitutt. Noen snakket om at de hadde fått en ny hobby. Den tekniske dimensjonen ved e-sigaretter, muligheten til å tilpasse nikotinnivået i vesken, samt det enorme spekteret av ulike smaker og fordampere ble vektlagt.

De unge voksne i studien fremhevet sensasjonsaspektet ved e-sigaretter som et bruksmotiv. De opplevde at dampingen gjorde dem til gjenstand for positiv oppmerksomhet. Dette må sees i sammenheng med at e-sigarettene i 2014 fremdeles var et relativt nytt produkt (Tokle 2014).

Referanser

Andler, R., R. Guignard, J. L. Wilquin, F. Beck, J. B. Richard, and V. Nguyen-Thanh. 2016. "Electronic cigarette use in France in 2014." *Int J Public Health* 61(2):159-65.

Brown, J., R. West, E. Beard, S. Michie, L. Shahab, and A. McNeill. 2014. "Prevalence and characteristics of e-cigarette users in Great Britain: Findings from a general population survey of smokers." *Addict Behav* 39(6):1120-5.

Farsalinos, Konstantinos E., Alketa Spyrou, Kalliroi Tsimopoulou, Christos Stefopoulos, Giorgio Romagna, and Vassilis Voudris. 2014. "Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new-generation devices." *Scientific Reports* 4:4133.

Helsedirektoratet. 2018. "E-sigaretter (elektroniske sigaretter) og regelverk."

Tokle, R. 2014. "Elektroniske sigaretter. Brukermønster, brukergrupper og brukerkultur." in *SIRUS-rapport*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Vedøy, Tord Finne, and Karl Erik Lund. 2017. "Selvrapporterte forsyningskilder for sigaretter, snus og e-sigaretter." *Tidsskr Nor Lægeforen* (16).

Risikoppfatninger om tobakk- og nikotinprodukter

Artikkelen viser hvordan den alminnelige befolkningen og røykerne vurderer helserisiko ved bruk av ulike nikotinprodukter.

Befolkningens oppfatninger om tobakks- og nikotinproduktenes skadeevne har vært kartlagt i mange undersøkelser, over lang tid og med bruk av ulike måleinstrumenter. Ulike studier har vist at risikoppfatninger har sammenheng med eksperimentering, bruksvarighet, bruksintensitet og bruksopphør og bytte av nikotinprodukter[1].

Denne artikkelen viser hvordan den alminnelige befolkningen og røykerne vurderer helserisiko ved bruk av ulike nikotinprodukter. I artikkelen "Feiloppfatninger om risiko ved tobakksbruk" drøftes deres forestillinger om risiko i lys av de risikonivåene som ulike autoritative medisinske institusjoner og ekspertgrupper mener eksisterer for disse produktene.

Hovedpunkter

- Befolkningen og røykerne mener helserisiko ved forbrenningsprodukter (tobakk røykt i sigaretter, pipe, sigarer) er forbundet med høyere helserisiko enn forbrenningsfrie tobakks- og nikotinprodukter (nikotinlegemidler, e-sigaretter og snus)
- Befolkningen og røykerne mener risikoforskjellen mellom sigaretter og snus er liten, mens risikoforskjellen mellom sigaretter og e-sigaretter er noe større
- Befolkningens og røykernes oppfatninger om helserisiko ved bruk av tobakks- og nikotinprodukter har vært stabile over tid
- Forbrenningsfrie nikotinprodukter brukes oftere i røykeslutforsøk av røykere som tror risikoforskjellen mellom slike produkt og sigaretter er stor enn av røykere som tror risikoforskjellen er liten

Risikoppfatninger i befolkningen

Tidsrekken av landsrepresentative undersøkelser fra Statistisk sentralbyrå (SSB) har i perioder inkludert spørsmål om risikoppfatning om mange typer tobakks- og nikotinprodukter. Spørsmålsformuleringen og svaralternativene har vært uendret over tid og vært identiske for alle produkter. Dette har gjort det mulig å sammenligne risikoppfatninger etter produkttype, samt registrere periodiske endringer[2]. Den likelydende ordlyden i spørsmålene har vært: «*Vi skal nå nevne en rekke nikotinprodukter og ber deg angi hvor helseskadelig du tror daglig bruk av disse er. Bruk en skala fra 1 til 7, der 1 er lite skadelig og 7 er svært skadelig*». [3]

Tabell 1 viser gjennomsnittsskåre for hvert produkt der vi har slått sammen resultater for periodene 2003-2007 og 2008-2011 og 2017. I siste kolonne angis skadegraden hvert produkt antas å ha i forhold til sigaretter, regnet i prosent. For denne beregningen har vi brukt gjennomsnittsskåre fra kolonnen 'alle år' i tabell 1. Beregningsmetoden kalles *indirekte vurdering av skadegrad*. Motsatsen er *direkte vurdering av skadegrad*, der respondentene i ett og samme spørsmål blir bedt om å vurdere

risiko ved ulike nikotinprodukter i forhold til et oppgitt sammenligningsgrunnlag – oftest sigarettøyking (se avsnittet om direkte og indirekte vurdering av skadegrad).

Endring over tid

Det generelle bildet fra tabell 1 er at oppfatningene om helserisiko har vært stabile over tid. For tobakkssigaretter, snus og nikotinlegemidler er det en liten tendens til at helserisikoen oppfattes som noe høyere ved siste måletidspunkt (2017) enn ved det første (2003-07).

Antatt skadeforskjell mellom nikotinprodukter

Fordi risikooppfatningene er svært stabile over tid, har vi for enkelthets skyld brukt kolonnen for 'alle år' i tabell 1 når vi har sett på antatte forskjeller i risiko mellom de ulike nikotinproduktene. Tabell 1 viser at forbrenningsproduktene oppfattes som farligere enn snus, e-sigaretter og nikotinholdige legemidler. Blant røykeproduktene er det antatt større helserisiko ved bruk av rulletobakk og ordinære fabrikkframstilte sigaretter enn ved pipe og sigarer. Også sigaretter med nedsatt tjære og nikotininnhold oppfattes som noe mindre farlige enn ordinære sigaretter.

Befolkningen oppgir en skadegrad på snus som tilsvarer 79,4 % av skadegraden til det å røyke tobakkssigaretter. Skadegraden ved bruk av e-sigaretter (58,7 %) og nikotinholdige legemidler (52,9 %) anslås å være vesentlig lavere[4].

Tabell 1.

Oppfatninger i den alminnelige befolkningen om helserisiko ved daglig bruk av ulike tobakks- og nikotinprodukter (for passiv røyking: daglig eksponering). Gjennomsnittsskåre på en skala fra 1 (lite skadelig) til 7 (svært skadelig) etter produkt og over tid. Indirekte rangering av skadegrad. Kilde: SSB/FHI

	2003-7	2008-11	2017	Alle år	Samlet antall svar	Gjennomsnittsskåre i 'alle år' i prosent av gjennomsnitt-skåren for sigaretter
Sigaretter	6,38	6,39	6,55	6,41	12662	100 %
Sigaretter med lavere tjære og nikotininnhold	5,93	5,91	5,90	5,92**	12662	92,3 %
Rulletobakk	6,42	6,44	-	6,43	10925	100,3 %
Piperøyking	5,86	5,92	-	5,88**	10924	91,7 %
Sigarer & sigarillos	5,79	5,85	-	5,81**	10925	90,6 %
Snus	5,04	5,13	5,15	5,09**	12665	79,4 %
E-sigaretter	-	-	3,76	3,76**	1734	58,7 %
Nikotinlegemidler	3,38	3,34	3,53	3,39**	12659	52,9 %

**** Signifikant differanse på 5%-nivå til gjennomsnittsskåre for sigaretter målt ved paret t-test**

Risikooppfatning hos røykere

Svarene fra dagligrøykerne i undersøkelsene fra SSB avviker ikke vesentlig fra svarene i den alminnelige befolkningen. I forhold til sigaretter anslår dagligrøykerne at skadegraden er 79,8 % (N=2549) for snus, 61,9 % for e-sigaretter (N=189, basert på tall kun fra 2017) og 52,3 % for nikotinlegemidlene (N=2548) (ikke vist i tabellen).

Risikooppfatninger hos røykere som søker hjelp

Samme mønster gjenfinnes i en populasjon av røykere som aktivt har søkt hjelp for røykeslutt. Røykere som ringte til Røyketelefonen eller tok kontakt med nettstedet *slutta.no* i perioden november 2013 til september 2016, ble bedt om å tilkjenne sine oppfatninger om helserisiko knyttet til daglig bruk av ulike nikotinprodukter, samt til nikotinfrie e-sigaretter og til to typer nikotinfrie legemidler som foreskrives på resept til bruk i røykeslutt. Ordlyden i spørsmålet var: «På en skala fra 1 (ikke skadelig) til 5 (svært skadelig), hvor helseskadelig tror du daglig bruk av disse produktene er?» [5].

Tabell 2.

Dagligrøykeres oppfatninger om helserisiko ved daglig bruk av ulike nikotinprodukter og produkter for røykeslutt. Personer som har ringt Røyketelefonen eller kontaktet slutta.no i perioden november 2013 til september 2016. Gjennomsnittsskårer på en skala fra 1 (lite skadelig) til 5 (svært skadelig) etter produkt. Kilde: FHI/Helsedirektoratet

	Gjennomsnittsskåre	Antall svar	Gjennomsnittsskårer i prosent av skåren for sigaretter
Sigaretter	4,85	698	100
Rulletobakk	4,89	698	100,8
Piperøyking	4,75**	679	98,0
Snus	4,29**	663	88,5
E-sigaretter med nikotin	3,09**	613	63,7
E-sigaretter uten nikotin	2,30**	609	47,4
Nikotintyggegummi	2,68**	620	55,3
Nikotinplaster	2,64**	612	54,4
Nikotintabletter	2,71**	606	55,9
Nikotininhalator	2,85**	600	58,8
Zyban	3,07**	415	63,3

Champix

3,05**

439

62,3

**** Signifikant differanse på 5 %-nivå til gjennomsnittskåre for sigaretter målt ved parret t-test**

Som i SSB-undersøkelsen var det forbrenningsproduktene som oppfattes som klart mest skadelige. Også snus forbindes med stor helserisiko og det antatte skadepotensialet utgjør ifølge denne hjelpesøkende gruppen røykere hele 88.5% av skadegraden til sigarettene (tabell 2).

Lavest skadegrad anslås for nikotinfrie e-sigaretter. Risikoforskjellen som antas å eksistere mellom nikotinfrie (47,4 %) og nikotinholdige e-sigaretter (63,7 %) viser at nikotin i seg selv oppfattes som skadelig. Dette kommer til uttrykk også i vurderingene av reseptbelagte legemidler. Røykerne anslår at Zyban (63,3 %) og Champix (62,3 %) har noenlunde samme skadegrad som nikotinholdige e-sigaretter. Skadegraden fra nikotinlegemidlene antas å være noe over halvparten av skadegraden fra tobakkssigaretter (intervallet 55,4 % - 58,8 %).

Direkte og indirekte vurdering av skadegrad

Det kan innvendes at produktenes skadegrad i forhold til sigaretter, slik den angis i siste kolonne i tabell 1 og 2, blir et noe summarisk og upresist mål i den forstand at respondentene verken blir direkte instruert til å foreta sin vurdering opp mot et sammenligningsgrunnlag (sigaretter) eller blir instruert til å foreta sine vurderinger av risiko for spesifikke tobakksrelaterte sykdommer.

I en undersøkelse som Norstat gjennomførte på oppdrag fra FHI i november/desember 2017, ble imidlertid røykerne bedt om å angi skadegrad for ulike nikotinprodukter når disse eksplisitt skulle sammenligne med sigarettøyking. I tillegg til at røykerne ble spurt om risiko for hvert produkt isolert «

Hvor stor fare tror du det er for helseskader på grunn av kontakt med tobakk/nikotin på følgende måter?»,

fikk de også spørsmålet

«Sammenlignet med daglig sigarettøyking, hvor alvorlig mener du helseeffekten er ved daglig bruk av snus og e-sigaretter?».

Den

indirekte

vurderingen av skadegrad (tabell 3) viser mye av det samme mønsteret som i tabell 1 og 2. Det laveste alternativet – 'ikke skadelig' – kan imidlertid virke som et ankerpunkt som skyver svar oppover i forhold til kalibreringen av svar i SSB-undersøkelsene (tabell 1) - der laveste alternativ var 'lite skadelig'.

Tabell 4 viser resultatene av det

direkte

spørsmålet om relativ risiko. Bare 18 % av røykerne mente bruk av snus medførte mye mindre skade enn røyking. Tallet økte til 21,3 % dersom andelen som svarte 'vet ikke/usikker' ble ekskludert fra analysen. Den store majoriteten av røykere mente dermed at det var liten eller ingen forskjell i skadegrad mellom snus og sigaretter. E-sigaretter ble i større grad enn snus forbundet med stor reduksjon i helsefare hos røykerne. Likevel mente flertallet av røykerne at e-sigaretter kun var noe

mindre skadelig eller omtrent like skadelig som å røyke. Et lite mindretall av røykerne trodde at e-sigaretter var mer skadelig enn sigaretter.

Tabell 3. Røykeres oppfatninger om helserisiko ved kontakt med nikotin på ulike måter. Svar fra daglig-røykere november 2017. Gjennomsnittsskåre på en skala fra 1 (ingen fare) til 4 (meget stor fare) etter produkt. Indirekte rangering av skadegrad. Kilde: Norstat/FHI.[6]

	Skåre	N	Gjennomsnittsskårer i prosent av skåren for sigaretter
Daglig røyking	3,17	392	100
Sporadisk røyking	2,42**	392	76,3
Daglig snusbruk	2,71**	362	85,5
Sporadisk snusbruk	2,19**	361	69,1
Daglig bruk av e-sigaretter	2,40**	332	75,7
Sporadisk bruk av e-sigaretter	2,12**	338	66,9

** Signifikant differanse på 5 %-nivå til gjennomsnittsskåre for sigaretter målt ved parret t-test

Resultatene fra den indirekte (tabell 3) og den direkte (tabell 4) metoden for vurdering av produktenes relative helserisiko gir ulik informasjon. Det er likevel lite som tyder på de to måtene å kartlegge skadegrad på ender opp med svært forskjellig helhetsbilde.

Tabell 4.

«Sammenlignet med daglig sigarettøyking, hvor alvorlig mener du helseeffekten er ved daglig bruk av snus og e-sigaretter?». Svarfordeling fra daglig-røykere, med og uten* 'vet ikke'. November 2017. Kilde: Norstat/FHI

	Snus	E-sigaretter	Snus*	E-sigaretter*
Mye mindre skadelig	18,0	34,8	21,3	48,4
Noe mindre skadelig	26,1	23,8	31,0	33,1
Omtrent like skadelig	34,2	8,5	40,6	11,8
Usikker/vet ikke	15,8	28,2	-	-
Noe mer skadelig	5,9	2,0	4,1	2,8
Mye mer skadelig	2,5	2,8	2,9	3,8
Sum	100	100	100	100
N	406	406	342	287

* andel som svarte 'vet ikke/usikker' er ekskludert

Røykernes oppfatninger om risiko for spesifikke sykdommer

Når respondenten angir en faregrad ved et nikotinprodukt uten å spesifisere hvilke sykdommer som inngår i beslutningsgrunnlaget, bedømmes risiko 'globalt'. Mer presis informasjon hentes ut dersom man knytter spørsmål om faregrad opp mot bestemte tobakksrelaterte lidelser og samtidig ber respondenten direkte vurdere faregrad ved et produkt opp mot et annet for hver av disse sykdommene. I de årlige undersøkelsene fra SSB for perioden 2008-2011 stilte man slike spørsmål.

«Sammenligne helserisikoen for en gruppe dagligrøykere med en gruppe daglig brukere av snus. Røykerne og snusbrukerne er jevnaldrende og har brukt tobakk i like lang tid. Hvilken gruppe tror du har størst risiko for å utvikle..... (sykdom)?

I følge tabell 5 vurderte røykerne at snus medfører høyere risiko enn sigaretter for kreft i munnhule og mage, mens det var motsatt for lungekreft, hjerte-karsykdom og avhengighet.

Tabell 5.

Røykeres oppfatninger om risikoforskjell mellom snusbruk og røyking for fire spesifikke tobakksrelaterte sykdommer. Svar (%) fra dagligrøykere i perioden 2008-2011*. Kilde: SSB/FHI

	Kreft i munnhule	Kreft i lunge	Kreft i mage	Hjerte/kar-sykdom	Avhengighet
Snusbrukere har mye større risiko	33,8	0,1	16,9	0,2	5,1
Snusbrukere har noe større risiko	30,0	0,4	24,5	1,0	5,7
Omtrent samme risiko ved snusbruk som ved røyking/vet ikke	20,8	5,5	32,0	25,9	51,0
Røykere har noe større risiko	9,9	19,7	12,8	28,8	18,4
Røykere har mye større risiko	5,6	74,3	13,9	44,1	19,8
Sum	100	100	100	100	100
N	828	834	792	816	827

* Andel som svarte 'vet ikke' var under 5 % for alle sykdommer og disse svarene ble kodet til midtkategorien i skalaen.

Risikooppfatninger og røykesluttmetode

I en undersøkelse fra 2012 blant 1155 forhenværende og 1213 nåværende røykere ble det vist at oppfatninger om relativ risiko for helseskade ved bruk av snus og sigaretter var sterkt korrelert med bruk av snus som røykesluttmetode. Jo større risikoforskjell som ble anslått for disse to produktene, desto større var sannsynligheten for å velge snus som metode i røykslutt. Dette gjaldt

både i gjennomførte sluttforsøk (vellykkede og mislykkede), og i planlagte sluttforsøk[7]. Studiepopulasjonen var menn i alderen 20-50 år inkludert i et landsrepresentativt web-panel.

Tilsvarende observasjoner ble gjort i undersøkelsen blant brukerne av Røyketelefonen/slutta.no, der en dessuten også fant en tilsvarende sammenheng for e-sigaretter, nikotintyggegummi og det reseptbelagte legemiddelet Champix: Jo lavere antatt skadegrad, desto større var sjansen for at disse produktene ble brukt i forsøk på røykeslutt/ røykereduksjon. Dette var tilfellet både i tidligere gjennomførte sluttforsøk (tabell 6a) og pågående sluttforsøk (tabell 6b).

Det er flere alternative forklaringer på denne sammenhengen. Korrelasjonen kan skyldes at forutgående risikooppfatninger har innvirket på det etterfølgende valget av sluttmetode. Den kan imidlertid også skyldes at valget av sluttmetode har fått røykerne til å tilpasse sine risikooppfatninger i etterkant. En slik justering av risikooppfatning kan f.eks. være basert på de helsemessige erfaringer man har gjort seg gjennom bruksperioden med produktet. Eller det kan være slik at valget av en kontroversiell sluttmetode – f.eks. e-sigaretter eller snus – utløser et behov for å nedjustere oppfatningen om helserisiko.

Tabell 6a og 6b.

Oppfatning om skadegrad# ved produkt, og odds ratio[^] (OR) for bruk av produkt i forsøk på å slutte å røyke/reduere røyking. Personer som oppsøkte Røyketelefonen/slutta.no i perioden november 2013 til september 2016. Kilde: FHI/Helsedirektoratet

6a) Har noen gang brukt hjelpemiddel før kontakt med Røyketelefonen/slutta.no

	E-sigaretter (N=2029)	Snus (N=2119)	Nikotin- tyggegummi (N=2016)	Champix (N=1384)
Skadegrad:	OR	OR	OR	OR
Høy	1	1	1	1
Middels	1,468*	1,897**	1,140 (ns)	0,975 (ns)
Lav	6,960**	1,870*	1,529**	1,785**

6b) Brukte hjelpemiddel på tidspunktet for kontakt med Røyketelefonen/slutta.no

	E-sigaretter (N=744)	Snus (N=804)	Nikotin- tyggegummi (N=751)	Champix (N=521)
Skadegrad:	OR	OR	OR	OR
Høy	1	1	1	1
Middels	1,600*	2,860*	2,527*	2,418 (ns)
Lav	4,936**	2,436*	2,848*	9,070**

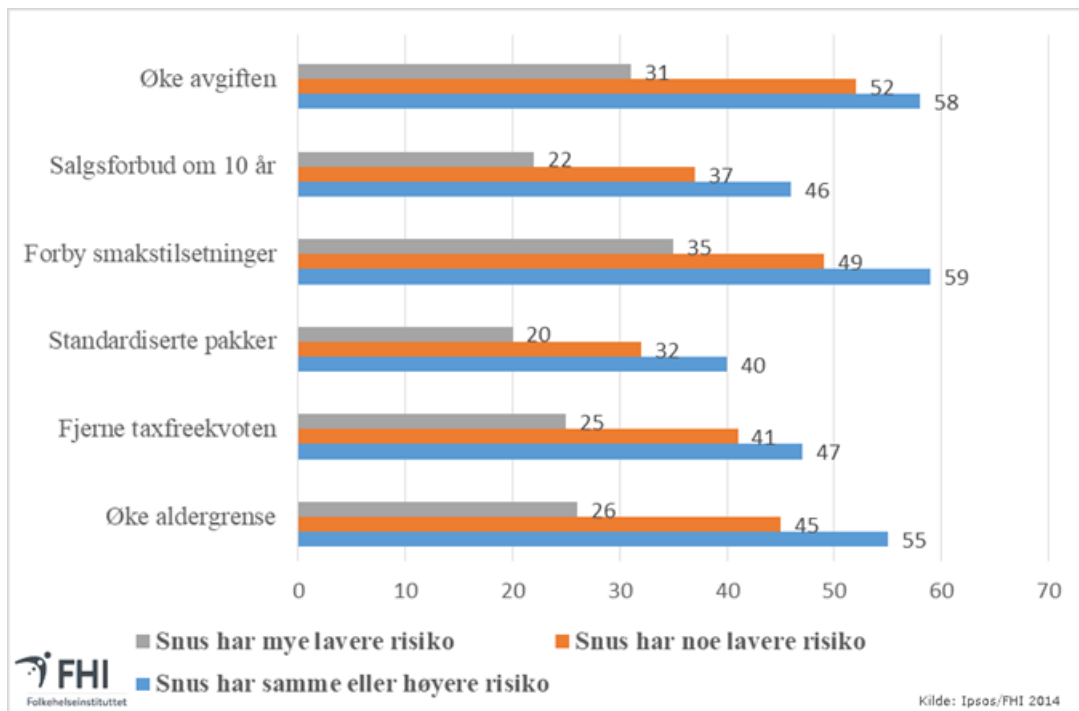
Skadegrad målt på en skala fra 1 (lav) til 5 (høy). Høy= 4/5, middels=3, lav=1/2. Respondenter som svarte 'vet ikke' er ekskludert. * p < .05, ** p < .01, ns= p > .05. ^ OR kontrollert for alder, utdanningslengde og kjønn

Risikooppfatning og oppslutning om tiltak

I en undersøkelse fra Ipsos i 2014 ble respondentene bedt om å vurdere helserisikoen ved snusbruk i forhold til sigaretter, og i tillegg spurt om grad av tilslutning til i alt 17 foreslåtte tiltak for å begrense snusbruk. Formuleringen var «

Flere nye tiltak kan bli aktuelle for å redusere tobakkskadene i samfunnet. Hvordan vil du stille deg dersom myndighetene skulle foreslå disse tiltakene mot snusbruk?».

I figur 1 vises tilslutning til seks av de politisk mest aktuelle tiltakene inndelt etter hva respondentene anslo av faregrad for snus i forhold til sigaretter[8].



Figur 1.

Andel ikke-snusere (N=4325) med høy grad av støtte[9] til preventive tiltak mot snus etter oppfatninger om relativ risiko mellom snus og sigaretter. Kilde: Ipsos/FHI 2014

I gruppen som hevdet at snus hadde samme faregrad som sigaretter eller høyere faregrad, var tilslutningen til tiltakene gjennomgående dobbelt så høy som i gruppen som mente at snus hadde mye lavere risiko enn røyking. Dette var også gjennomgående i oppslutningen om de andre 11 tiltakene som av plasshensyn er utelatt fra figuren.

Gruppen som mente snus hadde samme eller høyere faregrad enn sigaretter utgjorde hele 47 % av utvalget, mens gruppen som svarte at snus hadde mye lavere faregrad kun utgjorde 18 %. Svarene fra den første gruppen veier dermed tyngre inn i gjennomsnittet.

Hvor riktige er oppfatningene om risikoforskjell mellom nikotinproduktene?

Hvor god overensstemmelse er det mellom befolkningens/røykernes oppfatninger om nikotinproduktenes risiko og de anslagene for risiko som gjøres fra autoritativt medisinsk hold? Dette diskuteres i artikkelen Feiloppfatninger om risiko ved tobakksbruk.

Referanser

- [1] Kaufman AR, Persoskie A, Twesten J, Bromberg J. A review of risk perception measurement in tobacco control research. Tobacco Control Published Online First: 06 February 2018.
- [2] SSB inkluderte spørsmålene om risikoppfatninger i alle de årlige undersøkelsene i perioden 2003-2011, mens de var ekskludert i perioden 2012-2016 for så å bli tatt i inn igjen i 2017.
- [3] Respondenter som svarte 'vet ikke' ble under analysen for tabell 1 tildelt verdien midt på skalaen – dvs. 3.5. I den internasjonale forskningen om risikopersepsjoner, er det noe ulik praksis for behandling av 'vet-ikke'-svar. Dersom andelen som svarer 'vet ikke' er lav (<10%) og det er liten variasjon i andel som svarer 'vet ikke' mellom produktene, er praksis at disse svarene tildeles den verdi som deler skalaen i to. I vårt tilfelle var andel som svarte 'vet ikke' noe høyere for e-sigaretter (10.3%) og nikotinholdige legemidler (8.7%) enn for de andre produktene (<2%). En analyse der de som svarte vet ikke ble ekskludert, resulterte i avvik på gjennomsnittskåre som var mindre enn 0.05 for alle produkter.
- [4] Konvertering til prosent forutsetter at den ordinale 1-7 skalaen oppfattes som lineær av respondentene.
- [5] Andelen som svarte 'vet ikke' varierte svært mye fra de to reseptbelagte legemidlene Zyban (43 %) og Champix (36,8 %) til forbrenningsproduktene (sigaretter, rullings og pipe) (2-4 %) og snus (7 %). Andel 'vet ikke' for nikotinholdige legemidler og e-sigaretter lå i intervallet 13-15 %. Den store variasjonen i andel vet-ikke-svar mellom produkt tilsa å holde respondenter med slike svar utenfor beregningene av risikoskåre, istedenfor å kode svarene til skalaens midtverdi (slik det ble gjort for tabell 1).
- [6] Andel som svarte 'vet ikke' varierte mellom 3,4 % (passiv røyking) og 18,2 % (e-sigaretter), og disse svarene ble ekskludert i tabell 3.
- [7] Lund KE. Association Between Willingness to Use Snus to Quit Smoking and Perception of Relative Risk Between Snus and Cigarettes. Nicotine & Tobacco Research, 2012; 14 (10): 1221-1228. <https://academic.oup.com/ntr/article/14/10/1221/1749452>
- [8] Respondenter som brukte snus ble ekskludert fra analysen fordi eget snusbruk er nært assosiert med både med risikoppfatninger og grad av tiltaksstøtte.
- [9] Andel som svarer 4 og 5 på en skale fra 1 (ingen støtte) til 5 (full støtte).

Feiloppfatninger om risiko ved tobakksbruk

Hvor god overensstemmelse er det mellom gjennomsnittsbefolkningen og røykernes oppfatninger om nikotinproduktenes risiko og de anslagene for risiko som forskningsmiljøene har beregnet? Bør en eventuell manglende overensstemmelse utløse forsøk fra helsemyndighetene på å korrigere "misoppfatninger"?

Hovedpunkter

- Under forbrenningsfasen av tobakk oppstår de fleste og de farligste stoffene. Forbruk av forbrenningsfrie nikotinprodukter innebærer langt lavere helserisiko enn tobakksrøyking.
- Befolkningen og røykerne tror risikoforskjellen mellom sigaretter og forbrenningsfrie nikotinprodukter (nikotinlegemidler, e-sigaretter og snus) er langt mindre enn det anslagene fra medisinske ekspertgrupper tyder på.

Risikoanslag fra medisinske ekspertgrupper

Datagrunnlag

Skadepotensialet ved bruk av forbrenningsproduktene, dvs. sigaretter (med og uten filter, med og uten nedsatt tjæreinnhold), rulletobakk, sigarer og pipe, har vært gjenstand for omfattende og langvarig medisinsk forskning. Verdensomspennende bruk av relativt homogene produkter over lang tid har gitt et robust observasjonsgrunnlag for risikoanslag. Et illustrerende eksempel er The British Doctors Study der røykevaner og påfølgende helseutfall ble registrert i en gruppe av engelske leger over en periode på 50 år (1951-2001)[1].

For de forbrenningsfrie nikotinproduktene er situasjonen en annen. Utbredelsen er mindre og kan være svært regional (f.eks. snus i Sverige og Norge), produktene har en kortere brukshistorie, de er svært heterogene – også innenfor sin egen varegruppe (f.eks. e-sigaretter) og inntaksmetodene varierer mellom ulike former for oral bruk, inhalasjon og hudapplikasjon. Den kortvarige, varierte og begrensede eksponeringen gjør at datagrunnlaget for anslag om risiko for flere av disse produktene blir mindre robust enn hva tilfellet er for forbrenningsproduktene. For snus kan skadeanslagene bygge på et begrenset antall epidemiologiske studier med lang observasjonstid. For nikotinlegemidler bygger anslagene i hovedsak på erfaringer fra klinisk utprøving. For e-sigaretter gjøres anslagene hovedsakelig på basis av kjemiske analyser av e-væske og utåndet aerosol, på akutte fysiologiske reaksjoner hos mennesker, samt på ulike typer dyreforsøk.

Risikoforskjell mellom sigaretter og forbrenningsfrie produkter

Undersøkelser viser at personer som har røykt pipe og sigarer har lavere tobakksrelatert dødelighet enn personer som røyker ordinære sigaretter[2], og at dette også er tilfelle – om enn i mindre grad – for personer som har røykt sigaretter med lavere tjæreinnhold[3].

Til tross for de ovennevnte ulikhetene i datagrunnlaget for anslag om skadegrad, understreker sakkyndige kilder for helseinformasjon, som FDA[4], US Surgeon General[5], National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine[6], Institute of Medicine[7], Cancer Research UK[8], Royal College of Physicians[9], British Medical Association[10] og en rekke andre organisasjoner[11], at helserisikoen ved nikotinprodukter uten forbrenningsfase er langt lavere enn ved røyking av tobakk. Uavhengige vitenskapskomiteer[12],[13], ekspertgrupper nedsatt av det britiske folkehelseinstituttet[14],[15] og en ekspertgruppe nedsatt av EU[16], har lansert anslag for forskjeller i skadegrad. Skadegraden ved bruk av snus og e-sigaretter anslås å ligge i området 1-10 % av skadegraden ved røyking. Nikotinlegemidler tillegges enda lavere risiko. Størrelsen på risikoforskjellen mellom sigaretter og de forbrenningsfrie produktene vil selvsagt variere for ulike sykdommer. Nikotinlegemidler og snus gir eksempelvis ingen risiko for respirasjonssykdommer (som er skyld i halvparten av alle tobakksrelaterte dødsfall). For enkelte andre tilstander, for eksempel diabetes (som er årsak til få tobakksdødsfall), vil det være mindre forskjeller i skadegrad. Estimaterne fra ekspertgruppene framkommer som et 'globalt' resultat som dekker en rekke enkeltsykdommer og tar høyde for den vekt hver av disse sykdommene har for det totale skadepanoramaet for tobakksbruk.

Estimatene fra ekspertgruppene er gjenstand for løpende diskusjon. En må likevel kunne si at det per i dag er medisinsk konsensus om at det er store, til dels svært store, forskjeller mellom sigaretter og forbrenningsfrie nikotinprodukter med hensyn til skadegrad.

Avstand mellom 'reell' og oppfattet risiko

Oppfatningen i befolkningen og hos røykerne ser ut til å være i noenlunde overensstemmelse med ekspertenes anslag i risikoforskjeller innen gruppen forbrenningsprodukter. Det er også enighet om at pipe, sigarer og sigaretter med nedsatt tjæreinnhold har noe lavere risiko enn ordinære sigaretter og rulletobakk.

Den alminnelige befolkningen og røykerne ser imidlertid ut til å vurdere nikotinlegemidler, snus og e-sigaretter som langt mer helseskadelige enn det som indikeres fra medisinske ekspertgrupper. Overvurderingen av risiko framkommer ved bruk av ulike beregningsmetoder, den avdekkes både når oppfatningene måles 'globalt' og når de måles for spesifikke sykdommer som f.eks. kreft i munnhule, kreft i mage og hjerte-karsykdommer, den ser ut til å ha vært stabil over tid og har blitt observert i flere ulike studiepopulasjoner.

Hva skyldes avviket?

Det kan lanseres en metodologisk og minst tre substansielle forklaringer på avstanden i risikoanslag mellom befolkningen/røykerne og de medisinske ekspertgruppene.

Metodologisk fortolkning

Metodologisk kan det innvendes at informasjon om nikotinproduktenes skadegrad i forhold til sigaretter fra befolkningen/røykerne innebærer en omregning av verdier angitt på ordinalskalanivå til verdier på forholdstall-nivå. Omregningen forutsetter at respondentene oppfatter ordinalskalen lineært – dvs. at de anser at avstanden mellom verdiene er den samme. Ekspertgruppene har imidlertid angitt relativ skadegrad direkte, basert på en forutgående analyse produktenes

tilskrivbare risiko for en rekke sykdommer og den vekt hver av disse sykdommene utgjør i røykingens totale sykdomsbilde. En direkte sammenligning kan derfor være problematisk.

Substansielle fortolkninger

En substansiell årsak til at ekspertgruppene anslår langt større risikoforskjell mellom forbrenningsprodukter og forbrenningsfrie produkter kan være at de vurderer farene ved røyking høyere enn befolkningen/røykerne. Mangelen på samsvar kan altså skyldes at sistnevnte grupper undervurderer alvorlighetsgraden ved sigarett røyking. Dette er imidlertid lite trolig fordi både røykerne og befolkningen forøvrig rapporterer verdier på skalaen for farlighetsgrad for sigaretter som ligger tett oppunder angitt maksimum fare.

En annen årsak til avviket kan være at ekspertgruppene har kommet i skade for å anslå for lav helsefare for forbrenningsfrie produkter. En innsigelse mot noen av ekspertgruppene har vært de har inkludert forskere som har tilkjennegitt en positiv innstilling til bruk av snus og e-sigaretter i en skadereduksjonspolitikk. Hvorvidt en forutinntatt holdning til skadereduksjon hos disse forskerne så skulle ha innvirket på de ekspertgruppenes risikoanslag virker noe usannsynlig men kan kanskje ikke utelukkes.

En tredje årsak til den lave korrespondansen kan være at befolkningen og røykerne overvurderer risikoen ved forbrenningsfrie nikotinprodukter. Neste spørsmål blir i så fall hva forestillingene om overdreven helsefare skyldes. I den forbindelse ville det være hensiktsmessig å analysere budskapet om risiko som sendes fra media og helsemyndighetene. Dette har ikke vært studert systematisk, men en eksperimentell uttesting blant 228 studenter indikerte at to tekster fra Helsedirektoratets nettsider bidro til å forverre de fra før overdrevne risikoanslagene om snusbruk[17]. Forskere har rettet kritikk både mot Helsedirektoratet[18] og Folkehelseinstituttet[19] for å kommunisere feilaktig om risiko ved forbrenningsfrie nikotinprodukter.

Bør risikooppfatningene korrigeres?

Som også flere norske tobakksforskere har antydnet [20],[21],[22],[23],[24], tyder våre data på at befolkningen og røykerne overvurderer helserisikoen ved forbrenningsfrie nikotinprodukter. Da oppstår spørsmålet om helsemyndighetene bør forsøke å korrigere oppfatningene slik at de i større grad samsvarer med anslagene fra ekspertgruppene.

Spørsmålet kan både drøftes innen et etisk rammeverk og med utgangspunkt i en rasjonell kalkyle. I det første må myndighetene vurdere om det er etisk forsvarlig å unnlate å korrigere overvurderinger av risiko. Hva er det som eventuelt kan legitimere fravær av inngripen? Kanskje vil en overvurdering av risiko ved bruk av forbrenningsfrie produkt føre til at noen - som ellers ville begynt nå avstår fra bruk? Det vil i så fall kunne resultere i en positiv helseeffekt som kan være legitimerende for å la feiloppfatninger forbli uendret.

På den andre siden kan overvurderingen av risiko ved forbrenningsfrie produkt føre til at noen røykere fratras et motiv til et skadereduserende bytte av nikotinprodukt. Feiloppfatninger kan dessuten resultere i at befolkningen støtter opp om beskatningsnivå og regulatoriske tiltak som ikke står i forhold til produktets skadegrad. I den grad slike tiltak - f.eks. avgiftsøkninger på e-

sigaretter og snus - utgjør en barriere for et skadereduserende produktbytte for røykerne, vil det være negativt.

Fordypningslitteratur om risikooppfatninger basert på norske data

Bergsvik D, Rogeberg O. Assessing the effect of public health information by incentivised risk estimation: An example on Swedish snus. *Int J Drug Policy*. 2018 Feb 1;54:51-57
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29414485>

Scheffels J, Lund I. Cute as candy: a qualitative study of perceptions of snus branding and package design among youth in Norway. *BMJ Open*. 2017 Apr 3;7(4):e012837
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28373248>

Lund M, Lund KE, Halkjelsvik T. Contrasting smokers' and snus users' perceptions of personal tobacco behavior in Norway. *Nicotine Tob Res*. 2014 Dec;16(12):1577-85.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24991039>

Lund I, Scheffels J. Perceptions of relative risk of disease and addiction from cigarettes and snus. *Psychol Addict Behav*. 2014; 2:367-75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23647153>

Lund I, Scheffels J. Perceptions of the Relative Harmfulness of Snus Among Norwegian General Practitioners and Their Effect on the Tendency to Recommend Snus in Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research* 2012; 14 (2): 169–175.
<https://academic.oup.com/ntr/article/14/2/169/1041163>

Lund KE. Association Between Willingness to Use Snus to Quit Smoking and Perception of Relative Risk Between Snus and Cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research*, 2012; 14 (10): 1221–1228.
<https://academic.oup.com/ntr/article/14/10/1221/1749452>

Larsen E, Rise J, Lund KE. The relationship between snus use and smoking cognitions. *Addict Res Theory*. 2012; 6: 447-455. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23204990>

Larsen E, Rise J, Astrom AN. Expectancies and intentions to use snus among Norwegian first-year students. *Nicotine Tob Res*. 2011 May;13(5): 313-8.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21330284>

Wiium N, Aarø LE. Outcome expectations and use of smokeless tobacco (snus): a cross-sectional study among young Norwegian snus users. *Scand J Psychol*. 2011 Feb;52(1):64-70.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20497399>

Lund KE, McNeill A, Scheffels J. The use of snus for quitting smoking compared with medicinal products. *Nicotine Tob Res*. 2010 Aug;12(8):817-22.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20622023>

Øverland S, Hetland J, Aarø LE. Relative harm of snus and cigarettes: what do Norwegian adolescents say? *Tob Control*. 2008; 7 (6): 422-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18849315>

Referanser

- [1] Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519. Link:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC437139/>
- [2] Christensen CH, Rostron B, Cosgrove C. et al. Association of Cigarette, Cigar, and Pipe Use With Mortality Risk in the US Population. *JAMA Intern Med.* 2018 Feb 19. [Epub ahead of print] Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29459935>
- [3] Kabat GC. Fifty years' experience of reduced-tar cigarettes: what do we know about their health effects? *Inhal Toxicol.* 2003 Sep 15;15(11):1059-102. Link:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12955615>
- [4] Gottlieb S, Zeller M. A Nicotine-Focused Framework for Public Health. *N Engl J Med* 2017; 377:1111-1114
http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1707409?query=featured_home
- [5] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/index.html>
- [6] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2018. Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington, DC: The National Academies Press.
<http://www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?RecordID=24952>
- [7] Institute of Medicine. 2001. Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction. Washington, DC: The National Academies Press.
<https://www.nap.edu/read/10029/chapter/1>
- [8] Cancer Research UK Policy Statement on Harm Reduction and the Regulation of Nicotine and Tobacco. CRUK.
http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@pol/documents/generalcontent/crukmig_1000ast-3355.pdf
- [9] Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. London: RCP, 2016.
<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction-0>
- [10] British Medical Association. E-cigarettes: Balancing risks and opportunities. A position paper. 2018.
<https://www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/public-and-population-health/tobacco/e-cigarettes>

- [11] E-cigarettes: an emerging public health consensus. Joint statement on e-cigarettes by Public Health England and other UK public health organisations.
<https://www.gov.uk/government/news/e-cigarettes-an-emerging-public-health-consensus>
- [12] Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, et al. Estimating the Harms of Nicotine-Containing Products Using the MCDA Approach. *Eur Addict Res* 2014; 20:218-225. Link:
<https://www.karger.com/article/fulltext/360220>
- [13] Levy DT, Munford EA, Cummings M, et al. The Relative Risks of a Low-Nitrosamine Smokeless Tobacco Product Compared with Smoking Cigarettes: Estimates of a Panel of Experts. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* December 1 2004 (13)(12) 2035-2042. Link:
<http://cebp.aacrjournals.org/content/13/12/2035>
- [14] McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC, Hajek P, McRobbie H (2015). E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England PHE.
- [15] McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L & Robson D (2018). Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England.
- [16] SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly-Identified Health Risks), Scientific opinion on the Health Effects of Smokeless Tobacco Products, 6 February 2008.
- [17] D Bergsvik, Røgeberg O. Assessing the effect of public health information by incentivised risk estimation: An example on Swedish snus. *International Journal of Drug Policy*. Volume 54, April 2018, Pages 51-57 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395918300136>
- [18] Gundersen K. Nei, snus gir ikke økt risiko for lungekreft, munnhulekreft, eller hjerte- og karsykdommer. *Aftenposten* 9 januar 2015.
https://www.aftenposten.no/viten/i/lvMA/Nei_-snus-gir-ikke-okt-risiko-for-lungekreft_-munnhulekreft_-eller-hjerte--og-karsykdommer
- [19] Farsalinos K. Norwegian Institute of Public Health must IMMEDIATELY retract false statements about passive e-cigarette exposure. *E-cigarette Research*. Thursday, 16 April 2015.
<http://www.ecigarette-research.org/research/index.php/whats-new/whatsnew-2015/204-niph>
- [20] Øverland S, Hetland J, Aarø LE. Relative harm of snus and cigarettes: what do Norwegian adolescents say? *Tob Control*. 2008; 7 (6): 422-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18849315>
- [21] Lund I, Scheffels J. Perceptions of relative risk of disease and addiction from cigarettes and snus. *Psychol Addict Behav*. 2014; 2:367-75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23647153>
- [22] Lund I, Scheffels J. Perceptions of the Relative Harmfulness of Snus Among Norwegian General Practitioners and Their Effect on the Tendency to Recommend Snus in Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research* 2012; 14 (2): 169-175.
<https://academic.oup.com/ntr/article/14/2/169/1041163>

[23] Lund KE. Association Between Willingness to Use Snus to Quit Smoking and Perception of Relative Risk Between Snus and Cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research*, 2012; 14 (10): 1221–1228. <https://academic.oup.com/ntr/article/14/10/1221/1749452>

[24] Bergsvik D, Rogeberg O. Assessing the effect of public health information by incentivised risk estimation: An example on Swedish snus. *Int J Drug Policy*. 2018 Feb 1;54:51-57 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29414485>

Tobakkspris og særavgift

Alle tobakksvarer er pålagt en særavgift. Avgiften er noe høyere for forbrenningsprodukter (sigaretter, rulle-/pipetobakk, sigarer/sigarillos) enn den er for snus og skråtobakk. Høy pris på røyketobakk kan være et virkemiddel for å utjevne helseforskjeller som skyldes sosial skjevhet i utbredelsen av røyking. Prisoppgangen på tobakk har vært større enn veksten i konsumprisindeksen.

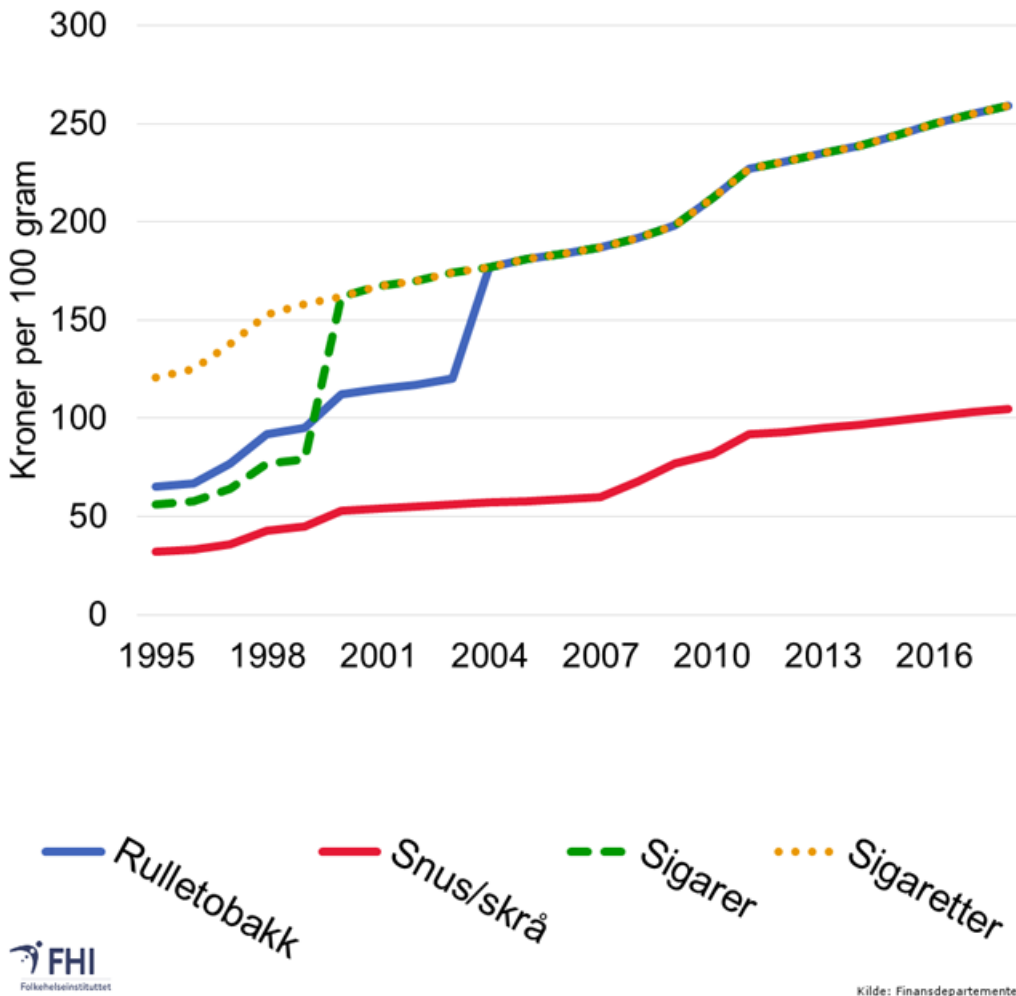
Hovedpunkter

- Statens årlige inntekter fra særavgiften på tobakk er ca. 7 milliarder NOK.
- Beskatningen av røyketobakk er noe høyere enn for snus.

Særavgiften

I tillegg til at staten bruker særavgiftene for å finansiere offentlige utgifter, brukes de også som virkemiddel for å prise samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til bruk av helse- og miljøskadelige produkter. Særavgiften på tobakksvarer er en kvantumsavgift som er delt inn i seks avgiftsgrupper etter produkttype, dvs. sigaretter, røyketobakk, sigarer, skråtobakk, snus og sigarettpapir/hylser. Det er ingen avgift på nikotinfri snus. Figur 1 viser at avgiftssatsene på tobakksvarer har økt betydelig (Det Kongelige Finansdepartement). For en 20-pakning med sigaretter utgjør særavgiften 51,80 kr i 2017. Satsene for sigarer og rulletobakk ble justert opp til nivået for fabrikkframstilte sigaretter i henholdsvis år 2000 og 2004. Særavgiften på snus (ikke brennbar tobakk) ligger under satsene for tobakk som røykes (brennbar tobakk). Differansen i avgiftssats mellom forbrenningsprodukter og ikke-brennbar tobakk skyldes produktenes forskjellige skadepotensial. Noe av årsaken kan også tilskrives etterslep fra en periode hvor sosiale hensyn ble vektlagt i avgiftsprofilen på tobakksvarer. Tradisjonelt ble snus og skrå hovedsakelig brukt av personer med lav inntekt. I senere tid har økningen i snusbruk blant ungdom blitt brukt som argument for å øke avgiften på snus.

Utvikling i særavgift på tobakksvarer 1995-2018



Figur 1:Utvikling i særavgift på tobakksvarer. Kilde: Finansdepartementet, FHI.

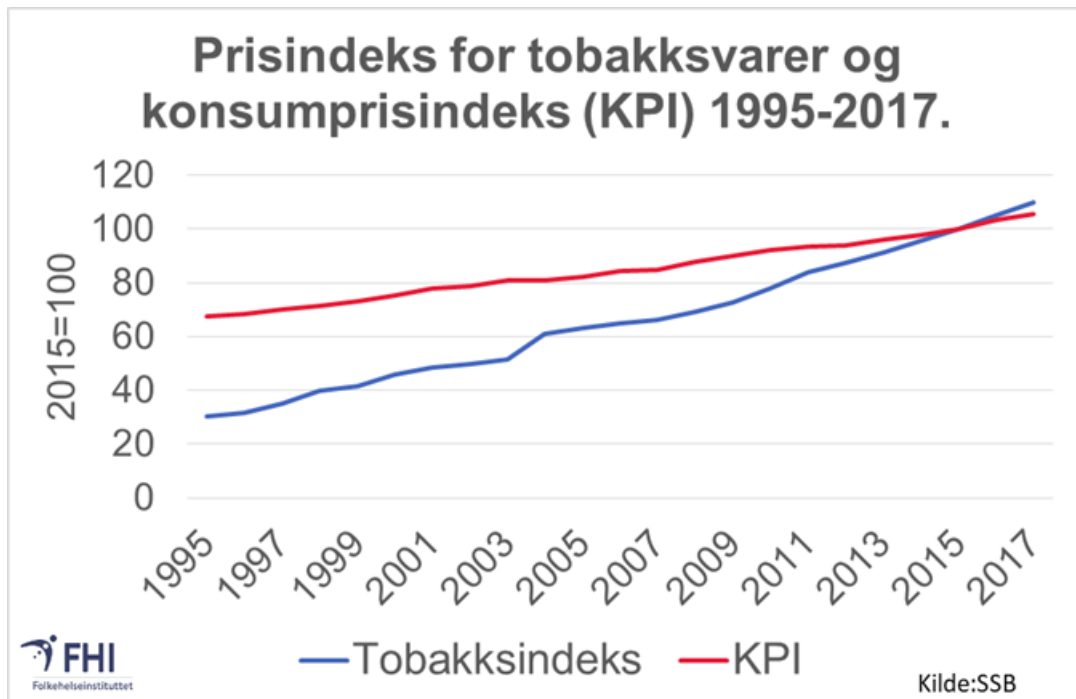
Tobakksavgiftens betydning for sosial ulikhet i røyking

Fordi røykerne har en relativ overrepresentasjon av personer med kort utdanning og lav inntekt vil avgiftsøkninger på tobakk i sterkest grad ramme en gruppe som er svakest stilt. Personer med lav inntekt er dessuten mer prisfølsomme, og vil oppvise en større etterspørselsreduksjon enn personer med høyere inntjening. Sistnevnte gruppe vil i større grad være i stand til å bære kostnadsøkningen forbundet med fortsatt røyking. Avgiftsøkninger på tobakk vil derfor skape sosial ulikhet i varetilgang som kan oppfattes som urettferdig. I et helseperspektiv vektlegger man imidlertid at slike avgiftsøkninger i sin tur kan bidra til å skape en sosial resultatlikhet i framtidig helsestatus. Forholdet mellom pris og etterspørsel er imidlertid mer komplisert for varer med en avhengighetsproblematikk knyttet til seg, slik som sigaretter. Selv om noen studier viser at personer med lav inntekt er mer prissensitive for tobakksvarer enn personer med høy inntekt, er det også studier som antyder at røykere med lav sosio-økonomisk status både har høyere grad av nikotinavhengighet, og færre ressurser til å komme seg ut av avhengigheten (Siahpush M. et al. 2009).

Prisindeks

Prisindeksen på tobakksvarer har siden 1995 økt vesentlig mer enn den samlede konsumprisindeksen (figur 2). Ifølge statsregnskapet har statens inntekter på tobakksomsetningen nominelt sett økt fra 1 milliard kroner i 1980 til 7 milliarder i 2017 (SSB). Merverdiavgiften er ikke medregnet i disse tallene.

Effekten på tobakksforbruket av en avgiftsendring på sigaretter vil være større i en lukket økonomi enn i en åpen økonomi med betydelig handelslekkasje, som den norske økonomien.



Referanser

Det Kongelige Finansdepartement. Prop.1 S (2017-2018). Statsbudsjettet 2018, gul bok.
https://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2018/dokumenter/pdf/gulbok.pdf

Statistisk sentralbyrå. Statsregnskapet, tabell 07107. Avgift på tobakksvarer.

Siahpush M, Yong H-H, Borland R, Reid JL, Hammond D. Smokers with financial stress are more likely to want to quit but less likely to try or succeed: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*. 2009; 104:1382-90.

Historisk oversikt over tobakk i Norge 1619-2018

Oversikt over endringer i lover og reguleringer knyttet til tobakk i Norge.

Hovedpunkter

- Lover og reguleringer vedrørende tobakksbruk og –produksjon gjennom tidene
- Oppstart og slutt for norske tobakksprodusenter

Et hundreårsperspektiv på tobakksbruk

For hundre år siden var sigarettøyking en normovertredende atferd som, særlig for kvinner, signaliserte uanstendighet og promiskuitet. Det var udannet, simpelt og vulgært å røyke. I flere tiår var den moralske fordømmelse av sigarettene sterk nok til å hindre at andre enn en liten avantgarde av rabulister, som f.eks. bohemkretsen i Kristiania, røykte. Oppfinnelsen av maskinell sigarettproduksjon, påfølgende masseproduksjon, skjerpet konkurranse, prisreduksjoner, framvekst av innovative markedsføringsmetoder og bedret distribusjon i en historisk periode preget av fravær av helseopplysning, førte imidlertid til at røykingen av sigaretter etterhvert nådde epidemiske proporsjoner. Sigarettene kom til å symbolisere modernitet, framskritt og frihet, og pionerne var de unge, urbane, velsituerte mannlige akademikerne - sosiale karakteristika som gjorde dem til effektive læringsmodeller. Rundt 1950 røykte tre av fire voksne menn. Kjendiser og celebriteter, som f.eks. landets kvinnelige sosialminister, reklamerte for sigarettene. Boken om *"Skikk og bruk"* kunne eksempelvis fortelle at det var uhøflig å be om å få spise røykfritt, selv i eget hjem.

Omtrent samtidig kom de første medisinske rapportene om tobakkens skadelige virkninger, og panoramaet av negative helseeffekter fra tobakksbruk har siden den tid bare økt. Likevel måtte helseinformasjonen i flere tiår konkurrere om publikums oppmerksomhet med en stadig mer intensivt reklameaktivitet fra norsk og internasjonal tobakksindustri. I løpet av de siste 50 årene med statlig forbrukerbeskyttelse (reklameforbud, helseadvarsler, merkingsplikt, hevet aldersgrense, "røykelov", avgiftsøkninger og informasjon) har flere enn 700 000 nålevende nordmenn sluttet å røyke. Røykeandelen blant menn er mer enn halvert, mens røyking blant kvinner aldri utviklet seg til det samme nivå som blant menn. I dag er sigarettene demonisert, industrien skandalisert, atferden denormalisert, mens røykerne både er sosialt deklassert og desimert – enkelte vil kanskje også si stigmatisert og diskriminert.

Sigarettøykingen kan på sett og vis betraktes som en samfunnsskapt atferdsepidemi som det tok et halvt århundre å etablere, og som vil bruke enda lengre tid på å forsvinne. Nedenfor gis en kronologi over viktige hendelser på tobakksområdet i Norge siden 1619. Listen inneholder både endringer i lover og regler, utvikling knyttet til produksjon og marked, og innsats fra frivillige interesseorganisasjoner.

Perioden 1619 til 1900

1619

Christian IV bestemmer at røyking om bord på norske skip skal forbys av hensyn til brannfare og at overtredelse skal straffes med kjølhaling.

1632

Christian IV innfører et syvårig totalforbud mot tobakk

1650

Bergen tollsted begynner å registrere import av tobakk. Den første offentlige kilde for beregning av tobakksforbruket.

1741

Iverksetting av et svensk-norsk forbud mot røyking blant ungdom under 21 år. Overtredelse kan straffes med gapestokk to søndager på rad for de unges foreldre.

1778

JL. Tiedemanns tobaksfabrik etableres i Christiania.

1854

Conrad Langaard etablerer sin tobakksproduksjon i Christiania.

1882

Tobakksplantasjer anlegges i indre Sogn. Kommersiell produksjon av norskavlet tobakk foregår fram til 1920.

1885

Som den første tobakksfabrikant i Norge starter Conrad Langaard opp med produksjon av sigaretter i tillegg til snus, skrå, sigarer og pipetobakk.

1892

Forbud mot barnarbeid lovfestes. Inntil da hadde nærmere 50% av de sysselsatte i tobakksindustrien vært yngre enn 15 år.

1893

Tobakksbeskatningen bidrar med hele 12% av de totale statsinntektene.

1894

Reklameikonet 'Fiskeren' fra JL.Tiedemanns tobaksfabrik lanseres som varemerke. Den værbitte og sindige fiskeren ble meget populær med sin anbefaling «*Tiedemanns tobak er dog den beste*».

1898

Norske Kvinders Totalavholds-Selskap opplyser at «Tobak virker mest på hjernen. Tobak er især meget skadeligt for børn og ungdom, fordi den svækker hukommelsen og tænkeevnen. Tobak er ikke til nogen virkelig nytte verken for børn eller voksne».

1899

En fullmaktslov gir kommunene myndighet til å håndheve en 15-års grense for kjøp og konsum av tobakk på offentlig sted.

Perioden 1901 til 1950

1901

Tobaksfabrikantenes Landsforening av 1901 stiftes for «at varetage og befordre fælles interesser og at fremme kollegialt Samhold». Foreningen oppretter konkurranseregulerende avtaler (minstepriser, emballasje-bestemmelser etc) og fungerte etter hvert som lobbyist overfor myndighetene.

1905

British American Tobacco Company (BATCO) etablerer seg i Norge - et felles eksportselskap av britisk-amerikansk tobakk overfor tredjeland.

1906

JL Tiedemanns Tobaksfabrik tar for første gang i bruk den automatiske sigarett-maskinen og håndrullingen av sigaretter avtar. Produksjonen øker og prisen går ned.

Tidsskrift for den Norske Lægeforening trykker et syv siders oversiktsreferat om 'Tobaksrøkning og dens skadelige virkninger' basert på tidens kunnskap. Oversikten inneholdt påstander som siden skulle bli verifisert, men også en del effekter uten etterfølgende evidens som «hyppig tilbøielighet til flatulens' tobaksdøvhed, nedsat centralt syn, søvnløshet».

1909

Fabrikkellingen viser 37 tobakksproduserende bedrifter i Norge med til sammen flere enn 2000 ansatte.

De Unges Vel dannes i Bergen – den første organisasjonen som arbeidet mot tobakk utelukkende.

1911

Investeringer i stadig mer avanserte sigarettmaskiner fram mot første verdenskrig forvandler tobakksproduksjonen fra en arbeidsintensiv til en kapitalintensiv industri.

1914

Komiteén til motarbeidelse av tobakkstrusten (Antitrustkomiteen) blir etablert av medlemsbedrifter i Tobaksfabrikantenes Landsforeninga når BATCO lanserer sin egen skråtobakk på det norske markedet. Det iverksettes boikott mot detaljister og grossister som fører varer produsert eller importert av BATCO. Forbrukerne oppfordres til å kjøpe norsk tobakk av nasjonale grunner.

Sigarettmerket Teddy lanseres fra Tiedemann med en tegning av Teddy Roosevelt på pakken. Valget av Roosevelt hadde sammenheng med hans kamp mot trust-dannelser i Amerika. Produksjonen av Teddy opphører først i 2008 og blir Norges lengstlevende tobakksprodukt.

1915

2500 norske tobakksforhandlere går til boikott av produkter fra tobakkstrusten BATCO etter press fra Antitrustkomiteen. BATCO nektes å annonsere i mange norske aviser.

Stempelavgiften innføres på tobakksprodukter. Tollen mister sin betydning som beskatningsform.

1916

Skrå tobakk og snus har en markedsandel på 64%. Røyketobakk utgjør til sammen 36% (pipetobakk, sigarer, rulletobakk, sigaretter).

Den landsomfattende Norske Antitobaksforening opprettes på Skodje, primært for å bekjempe tobakksspyttingen. Utgir bladet *Tobakkskampen*. Hygiene, moral og familieøkonomi stod sentralt. Møtene ble avholdt på Godtemplarhus, Betania, Misjonslokaler og Metodistkirker.

1918

Kronprins Olav oppkaller sin seilbåt etter sigarettmerket Teddy. Teddy blir markedsdominerende fram mot 1920. Norske merker foretrekkes av patriotiske grunner.

1919

Sigarettmerkene Lucky Strike (BATCO) og Chesterfield (Liggett & Myers Tobacco/Sverre Urbye) lanseres i Norge.

Den Norske Antitobaksforening skifter navn til Landslaget Bort Med Tobakken.

1920

Masseproduksjon av sigaretter har ført til avsettingsproblemer. Tobakksprodusentene øker sine reklameutgifter. De første kjendiskampanjene for røyking starter med deltagelse fra bl.a. Roald Amundsen, Knut Hamsun, Johan Bojer, Arnulf Øverland, Oskar Braathen, Francis Bull og Edvard Munch. Markedsføringen var rettet mot menn. For kvinner var røyking fortsatt normovertredende.

1921

Tobakksindustrien er blant de første annonsører som starter opp med langvarig merkevarebygging, der hvert merke hadde sitt tema, logo og slagord som forble uforandret i lang tid for eksempel «*Teddy – alle mands ven*».

Forslaget om statlig tobakksmonopol blir for siste gang nedstemt av Stortinget etter tidligere behandlinger i 1889, 1903, 1904, 1906 og 1919. Selv med opprettelsen av Statens Vinmonopol i 1922 forble spørsmålet om tobakksmonopol ute av norsk politikk.

1922

Sverdrup Dahl begynner å distribuere reklamefilmer for tobakk til kino.

1924 'Fiskeren' fra Tiedemann blir forsøkt plagiert av en rekke andre tobakksfabrikanter, og fram til 1936 ble firmaet engasjert i over 30 tvistesaker der Reklameforeningen og Handelsstandens 50-mannsutvalg ofte ble tilkalt som dommere.

1926

Erling Falk, leder av den radikale politiske bevegelsen MOT DAG – hovedsakelig bestående av intellektuelle akademikere – gjør det til en symbolsk handling å avstå fra amerikanske virginiasigaretter. Preferansen for sigaretter laget av tyrkisk tobakk markerte en anti-imperialistisk holdning.

1927

Skråtobakk og snus har en markedsandel på 49%. Røyketobakk utgjør 51%

1928

Innlegg av kuponger og samleserier med sportsidoler i sigarettpakkene.

1930

Trustkampen mot BATCO opphører. J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik kjøper seg inn i BATCO, overtar hele bedriften fra 1933 og gir den navnet NETO (Norsk-engelsk tobakksfabrikk).

1931

I Budsjettinnstilling til Stortinget legges det vekt på at sosiale hensyn bør tas ved avgiftsprofilen på tobakksvarer. Det innstilles på at røyketobakken

«ikke bør fordyres ved ytterligere beskatning fordi det vil ramme den jevne manns forbruk».

Tiedemann-gruppens bedrifter melder seg ut av Tobakkefabrikantenes Landsforening av 1901 etter uenighet om prisfastsetting på snus og skråtobakk. Sterk priskonkurrans mellom tobakksprodusentene.

1932

Tiedemann lanser reklamekampanje for sigarettmerket Medina med kvinnemodeller.

«Hvis vi to møtes og De byr meg en sigarett vil jeg helst ha en Medina». Kvinners røyking var fortsatt prisgitt menns høflige gester. De kvinnelige røykemodellene hadde ofte utfordrende blikk og antrekk som signaliserte mangel på sømmelighetssans.

1933 Tiedemann lanserer reklamekampanje for rulle- og pipetobakken Gul Mix. En av de få store kampanjene for rulletobakk før 1950.

I reklamekampanjen Tidens Kvinner om Tiedemann brytes fordommer og stereotypier ned ved å la leder av Norsk Kvinnesaksforening Margarete Bonnevie, forfatter Sigrid Undset, leder av Den norske forfatterforening Barbara Ring og kvinneaktivist Gulla Grund anbefale røyking, bl.a. for å øke arbeidslysten.

M Glotts tobakksfabrikk AS lanserer sigarettmerket Speed. Conrad Langaard overtar produksjonen fra 1957 til den opphører i 1986.

Kringkastingselskapet tillater tobakksreklame i en serie radioprogram (Medina-konsertene) sponset av JL Tiedemanns tobakksfabrik.

1934

Gyldendals konversasjonsleksikon skriver at «måteholden tobakkrøking har, bortsett fra en lett svelgkatarr som under tiden kan utvikle sig, ingen sikkert påviselige skadelige virkninger, da bare en ytterst liten mengde nikotin resorberes».

Tobakkbranchens Felleskontor etableres – en sammenslutning av tobakkshandlere og produsenter opprettet bl.a. for å lage regler og yte etableringshjelp til nye forretninger. Foreningen skiftet seinere navn til Tobakksindustriens felleskontor.

1935

Lov om høyere allmennskoler fastsetter at elever ikke kan røyke i skolenes umiddelbare nærhet

J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik er blitt landets største tobakksprodusent. Fabrikken har overtatt sigarbedriften J.N. With (1922) og sigarettprodusentene W. Hartog & co (1923), BATCO (1930) og Carl E. Olsen (1935). I perioden 1927–40 står J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik for nær halvparten av bruttoproduksjonsverdien i tobakksindustrien. Senere ble en rekke andre tobakksprodusenter tilsluttet «Tiedemann-gruppen». Dette var P. Pedersen & sønn i Stavanger (1948), T.M. Nielsen & søn Tobaksfabrik i Larvik (1959), Norsk Kooperativ Landsforbunds Tobaksfabrik (1960), O. P. Moe & Søn (siden Rose Tobakk A/S) i Kristiansand (1971) og H. Petterøe tobakksfabrikk (1972).

1936

Sigarettmerket Frisco lanseres fra Conrad Langaard

1937

Sigarettmerket Blue Master (toasted) lanseres fra Tiedemann.

1938

Bladet Tobakkampen bytter navn til Rein Luft.

Tobakksfabrikernes Landsforening vedtar en intensjonsavtale om å begrense tobakksreklamen av hensyn til kostnadene for noen av medlemsbedriftene.

1939

Skråtobakk og snus har en markedsandel på 29%. Røyketobakk utgjør 71%.

1941

Sigarettmerket South State lanseres fra Tiedemann og blir en markedsleder fram til 1965.

1942

Rasjoneringkort på tobakk innføres. Månedstrasjon var 160 sigaretter for menn og 80 sigaretter for kvinner. Boken 'Tobakk til eget bruk' om dyrking hjemme selger 33 000 eksemplarer.

1943

Tobakksrasjonering endres til to sigaretter per dag for menn og en sigarett for kvinner. Menn måtte være over 18 år, mens aldersgrensen for rasjoneringskort for kvinner var 21 år. Størrelsen på det areal hver familie kunne ta i bruk til tobakksdyrking ble regnet ut etter antall menn i husstanden. Omfattende svartebørs og bytteøkonomi med sigaretter som hard valuta.

1946

Rasjoneringen oppheves. Tobakk får status som nødvendighetsgode av forsyningsmyndighetene.

1948

Marshallhjelpen benyttes for å finansiere import av tobakk fra USA.

1949

Forsyningsmyndighetene bruker 110 millioner på import av tobakk, mens kun 40 millioner går til innkjøp av landbruksmaskiner.

1950

Skrå tobakk og snus har en markedsandel på 19%. Røyketobakk utgjør 83%.

Tidsskrift for den Norske Lægeforening nevner for første gang røyking (sammen med sotplager i byene) som en mulig årsak til en observert økning i lungekreft.

Perioden 1951 til 2000**1952**

Reklameaktiviteten fra tobakksindustrien gjenopptas etter hvert som forsyningen av tobakk øker.

Under de olympiske vinterleker i Oslo erklæres Frisco fra Conrad Langaard som den offisielle olympiske sigaretten.

1953

J.L. Tiedemanns tobakksfabrik oppretter et medisinsk fond som skal anvendes til å «fremme utforskning av menneskets indre-medisinske sykdommer, fortrinnsvis hjerte/karsykdommer, heri inbefattet midler til å forebygge og helbrede slike sykdommer». Legatmidlene ble hvert år delt ut på fabrikkeier Joh. H. Andresens fødselsdag.

1954

Landets sosialminister, leder av Arbeiderpartiets kvinnesekretariat og tidligere Mot Dag-medlem Rakel Seweriin deltar i markedsføring for tobakk.

Sigarettermerket Kent lanseres med et filter bl.a. bestående av asbest under mottoet «*the greatest health protection ever developed*».

Filtersigaretten Ascot lanseres fra Tiedemann.

Tidsskrift for den Norske Lægeforening stiller på lederplass spørsmålet «*Er det bevist at sigaretttrøyking fremkaller lungekreft?*» og inkluderer røyking blant mulige årsaksfaktorer sammen med ettervirkninger fra influensaepidemi (Spanske syken 1918-19), atmosfæriske luftforurensninger, tjæreholdig støv fra asfalterte veier og svovel fra bruken av fyrstikker.

En undersøkelse viser at 75% av mannlige og 45% av kvinnelige leger røyker hver dag. Innslaget av røykere blant leger er høyere enn gjennomsnittet for befolkningen.

1955

Tidsskrift for den Norske Lægeforening refererer en amerikansk studie om økt risiko for hjerte-karsykdommer blant røykere. Det understrekes at sammenhengen nødvendigvis ikke er kausal men «*at de begge er produktet av en tredje og felles årsak*».

1956

Patologen Liv Kreyberg publiserer en artikkel i Tidsskrift for den Norske Lægeforening basert på en studie av maligne lungesvulster fra 300 pasienter. 80% av en viss type svulster (Gruppe 1-svulster) har relasjon til tobakksrøyking.

I VG kritiserer Kreftregisterets leder Einar Pedersen staten for passivitet i bekjempelsen av røyking. Sosialminister Gudmund Harlem uttaler i Dagbladet
«Vi mangler det avgjørende bevis for at sigarettøyking kan medføre lungekreft, og før det foreligger anser vi det ikke riktig å foreta oss noe i sakens anledning».

1957

Sigaretten Long Run lanseres fra Tobakkscompagniet med acetat filter. I reklamen heter det
 «vitenskapens siste framskritt i tobakksbransjen. Å røyke filter LONG RUN lønner seg i det «LONG RUN».

Landsforeningen mot Kreft gjennomfører en kartlegging av røykevaner blant skoleelever i grunnskolenes øverste klassetrinn.

Landslaget Bort Med Tobakken oppfordrer til «at det må bli slutt med all tobakksreklame både på kinoer, i vekeblad, i aviser og ellers andre stader der tobakkskapitalen driv propaganda».

1958

Forlaget Liv & Helse begynner å distribuere informasjon om røykingens helseskader.

1960

Sigaretmerket Camel lanseres i Norge fra Conrad Langaard.

Boken om Skikk og Bruk skriver «Et vertskap som ikke tillater røyking ved bordet kan risikere å legge en demper på hele selskapet».

1963

I VG etterlyser professor Erik Poppe ved Radiumhospitalet et røykeforbud på TV. Programdirektør Otto Næs svarer at *«intervjuobjektene slapper bedre av foran TV-kameraene hvis de får ta en røyk».*

President Gerhard Larsen henstiller legene på landsmøtet i Den Norske Lægeforening i Trondheim til å slukke sigarettene, og innfører isteden røykepause etter hver tredje taler.

Landsforeningen Mot Kreft gjentar sin undersøkelse av røykevaner blant skoleelever fra 1957.

1964

En oppsiktsvekkende rapport fra den amerikanske helsedirektør erklærer på basis av en litteraturstudie av datidens biomedisinske og epidemiologiske studier at lungekreft og hjertekarsykdommer har sammenheng med røyking. Rapporten får stor oppmerksomhet i Norge.

Helsedirektør Karl Evang avgir den første offisielle, autoritative redegjørelse om røyking og helse i Tidsskrift for den Norske Legeforening

«Omfattende vitenskapelige undersøkelser har fastslått at det består et sikkert årsaksforhold mellom sigarettøyking og lungekreft»

. Evang peker videre på at røyking var en viktig årsaksfaktor for utvikling av strupekreft og kronisk bronkitt, og at hjerteinfarkt, hjertekrampe og emfysem hadde en relasjon til røyking.

Fra Stortingets talerstol sier Edvard Hambro at «vi (ikke-røykere) blir betraktet av folk flest som noen sinker og noen merkelige folk, og de av oss som har røkt og har holdt opp å røke, blir

betraktet nærmest som avvikere. Men på grunn av den rapport som er kommet, ... kan vi ikke-røkere reise vårt hode og gå rundt mer som frie menn...»

En rekke frivillige organisasjoner setter arbeidet mot tobakksskadene på dagsordenen (Landsforeningen Mot Kreft, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Den Norske Lægeforening, Norsk Avholdsforbund, Norges Røde Kors, Statens Ungdomsråd, Norges Idrettsforbund, Norske Kvinners Sanitetsforening, Norsk Folkehjelp, Norges Husmorforbund).

Kirke- og undervisningsdepartementet sender rundskriv til landets skoler hvor det opplyses om plikt for å sørge for at elevene orienteres om tobakkens skadevirkninger. Andelen som har hørt at røyking kan være kreftfremkallende har økt fra 39% i 1958 til 74%.

Tobakksindustriens bransjeforening undertegner en intensjonsavtale om begrensning av reklame for sigaretter gjeldene fra 1965.

1965

Stortinget nedsetter et offentlig 'Utvalg for forskning i røykevaner' med følgende mandat «... å avgi en betenkning... om hvilke tiltak som kan settes i verk for å motvirke at folk begynner å røyke og for å stimulere røkere til å opphøre med å røyke eller innskrenke sitt forbruk.»

Landslaget Bort Med Tobakken endrer navn til Landslaget mot Tobakksskadene (LMT), rekrutterer medlemmer med medisinsk kompetanse og får mindre preg av å være en isolert gruppe fanatikere på etisk korstog.

Norge blir medlem av EFTA, og toll bortfaller på utenlandske sigarettmerker. Markedet internasjonales og merker som Marlboro, Camel, Lucky Strike, Kent, Pall Mall, Winston, Benson & Hedges, Salem, Philip Morris og Dunhill får 30% prisreduksjon. Skjerpet rivalisering om markedsandeler. Norsk tobakksindustri trapper opp samarbeidet med amerikanske selskaper. Markedsandelen for norske sigarettmerker faller fra 75% i 1965 til 55% i 1975.

Norsk tobakksindustri intensiverer sin markedsføring – særlig rettet mot kvinner som i økende grad har gått ut i yrkeslivet, tjener egne penger og framstår som potensielle kunder. Kvinnerepresentasjonen i annonsene øker fra 33% i perioden 1955-64 til 62% i perioden 1965-75. Andel kvinner avbildet i røykesituasjoner øker fra 26% til 51%. Hver femte annonse etter 1965 er assosiert med et budskap om at kvinner oppnår selvstendighet og frihet ved å røyke et spesielt merke.

«Det likte han ikke – nå klarer jeg meg uten ham. Uten å rulle mine sigaretter av hans tobakk! Endelig har jeg fått min egen – spesiellaget for meg – Stjernesnitt K for 'kvinne'».

1966

Kringkastingssjef Ustvedt røyker sigar i programmet Åpen Post, og bryter sin egen instruks til de ansatte om å avstå fra røyking på skjermen.

Nye og gamle sigarettmerker lanseres med filtre bestående av kreppapir, cellulose, kork, kull eller acetat. Reklamen framhever at filteret har beskyttende egenskaper. *«Savoy – et alternativ - aktivt dobbelt filter som gir renere røkeglede».*

Markedsandelen for filtersigaretterne øker fra 23% i perioden 1955-64 til 72% i perioden 1965-1975. De mest markedsførte merkene i den siste perioden blir Pall Mall, Savoy, South State, Prince og Rothmans.

1967

‘Utvalg for forskning i røykevaner’ fremlegger en enstemmig rapport «Påvirkning av røykeadferd». Utvalget, ledet av lungelege Kjell Bjartveit, anbefaler blant annet koordinert innføring av reklameforbud, helseadvarsler, opplysningstiltak og røykeslutttiltak. Sigarettermerket Prince fra det danske Skandinavisk tobakskompagni lanseres i Norge med JL Tidemanns tobaksfabrik som samarbeidspartner.

1968

Reklamen for Prince toppe Norsk Annonsestatistikk i årets fire første måneder. Prince-kampanjen bruker ca. 30 av tidens kjendiser som spredningsagenter for budskapet «Ja, nå røyker også jeg Prince» - bl.a. Julie Ege, Grynet Molvig, Inger Jacobsen, Kari Simonsen, Elisabeth Grannemann, Rolv Wesenlund, Lasse Kolstad, Roald Øyen m.fl.

JL. Tidemann tobaksfabrik samler all sin produksjon i en enkelt fabrikk på Hovin i Oslo.

1969

Stortingsmelding nr. 62 fra Sosialdepartementet med handlingsprogram mot røyking legges fram for Stortinget. Det pekes på at tobakksindustriens intensjon om selvpålagt reklamebegrensning ikke har hatt betydning.

Annonser med opplysninger om faktiske egenskaper ved produktet (pris, pakning, papirtype, snitt, opprinnelsesland etc) erstattes av reklame som vektlegger det rene, naturlige, lyse, lette, milde, svale og forfriskende i produktene. «Consulate – frisk som en fjellbekk». Reklamen formidler at røykingen fører med seg velbehag, nytelse, lindring, belønning og nedsatt stress. Røykingen i annonsene foregår i situasjoner preget av kos, kameratskap, aktiv livsstil og romantikk. «Siri – frisørdame, fotomodell og amatørskuespillerinne. Hun rekker alle ‘jobbene’. Til og med å koble av innimellom. Om bord i seilbåten. Eller på turisthotellet, helst i Rondane. Hun røyker Seven Seas».

Arbeiderpartiets sosialpolitiske talskvinne Sonja Ludvigsen hevder tobakksindustrien har møtt «ethvert opplysningstiltak etter 1964-rapporten med økt og utvidet reklame».

1970

Stortingets sosialkomite slutter seg til forslagene fra ‘Utvalget for forskning i røykevaner’. En komite, ledet av professor Anders Bratholm, får mandat til å lage utkast til lov med forskrifter.

Tobakkindustriens felleskontor stiftes. En paraplyorganisasjon for norsk tobakksindustri som arbeider for tobakksindustriens interesser, avgir hørings svar på vegne av industrien, informerer om forbruksutvikling og grensehandel etc.

1971

Statens tobakksskaderåd opprettes ved kongelig resolusjon. Rådet, som ble ledet av Kjell Bjartveit fram til 1993, skulle holde seg orientert om forskningsresultater, påvirke røykevaner i helsegunstig retning, fungere som informasjonskilde og ta initiativ til vitenskapelige undersøkelser. Rådet hadde representanter fra medisin, sosiologi, psykologi, jus, informasjon og pedagogikk. Også eier av JL

Tiedemanns tobakksfabrik, Johan H. Andresen sr. satt i rådet, men trakk seg etter kort tid. Fra 1974 ble rådet et eget kapittel i statsbudsjettet og fikk sitt eget sekretariat.

NRK fjernsynet sender Vel Blåst - en 14-dagers programserie om røykeavvenning.

1972

Begrepet passiv røyking (*involuntary smoking*) introduseres i en rapport fra den amerikanske helsedirektør.

Statens tobakkskaderåd anbefaler i en rapport til Sosialdepartementet å avstå fra å lovregulere passiv røyking.

Conrad Langaard kjøper tobakksfabrikken Fredrik Jebe & co. Conrad Langaard distribuerer Marlboro fram til 2007 - verdens mest solgte sigarett. Selskapet hadde også Camel i sin produktportefølje.

1973

Lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer med reklameforbud og påbud om helseadvarselmerking (tobakksloven), vedtas. Loven inneholder også forbud mot å selge tobakk til personer under 16 år.

På oppdrag fra Statens tobakkskaderåd begynner Statistisk sentralbyrå sine årlige undersøkelser om røykevaner i befolkningen.

1974

Trøndelag ikke-røykerforening stiftes.

1975

Tobakksloven trer i kraft og setter bl.a. en stopp for mer enn 60 års mer eller mindre sammenhengende reklamevirksomhet for tobakk.

Statens tobakkskaderåd gjennomfører den første landsomfattende undersøkelsen av røykevaner blant 13-15-åringene. Undersøkelsene skulle siden bli gjentatt hvert femte år inntil 2005.

Bergen ikke-røykerforening og Oslo ikke-røykerforening stiftes.

Antall tobakksproduserende bedrifter er redusert til seks - fra 38 i 1946.

J.L. Tiedemanns tobakksfabrik starter lisensproduksjon av sigarettmerket Prince, som skulle bli en markedsleder.

1976

Oppkreivingsystemet omlagt fra stempelavgift til deklarasjonsavgift. Betegnelsen på avgiften endret til "Avgift på tobakkvarer".

Et korps av strupekreftopererte tilknyttet Norsk Landsforening for Laryngectomerte starter opp med foredrag om røykingens følgeskader på ungdomsskolene. Det første året holdes 400 foredrag for til sammen 45 000 elever.

1980

Statens arbeidstilsyn utgir retningslinjer om behandling av passiv røyking på arbeidsplasser.

Oslo ikke-røykerforening skifter navn til Røykfritt Miljø og distribuerer noe seinere klistremerket «*Kyss en ikke-røyker – nyt forskjellen*». Organisasjonen samarbeider med Norges Astma og Allergiforbund med å spre informasjon om passiv røyking.

1981

Den Norske Lægeforenings landsstyre oppfordrer regjeringen til å arbeide for at Norge kan bli et røykfritt samfunn innen år 2000. Flere frivillige organisasjoner slutter seg til vedtaket.

Fra hovedsakelig å ha vært betraktet som et fiskalt virkemiddel, begynner økninger i tobakksavgiften å få helsepolitiske begrunnelser.

1982

I en rapport fra den amerikanske helsedirektør assosieres langvarig eksponering for andres tobakksrøyk med framvekst av lungekreft hos ikke-røykere.

1983

En undersøkelse viser at 70% av landets kommuner avholder røykfrie møter. En økning fra 20% i 1973.

1984

Et system av 12 roterende helseadvarsler blir trykket på tobakkspakkene sammen med innholdsdeklarasjoner for tjære-, nikotin- og kullosnivå.

1985

Statens tobakkskaderåd utgir rapporten «Lufta er for alle» og påpeker at det eksisterende rettsvernet mot passiv røyking er svakt. Rådet går inn for å lovregulere adgangen til å røyke. 77% av den voksne befolkning støtter et slikt lovforslag.

1986

Olav Thon Gruppen overtar Conrad Langaard. Mens distribusjonen av utenlandsk produsert tobakk fortsetter (bl.a. Marlboro og Camel), legges Langaards tobakksproduksjon i Norge ned fra 1988.

1987

Helsedirektør Torbjørn Mork går offentlig ut mot lovregulering av røyking på menneskelige fellesarenaer.

1988

Endringer i lov om vern mot tobakkskader (den såkalte «røykeloven») trer i kraft. Vernet mot passiv røyking lovfestes i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang. På visse strenge betingelser er det fortsatt adgang til å tillate røyking i arbeidslokaler og institusjoner. Serveringssteder unntas fra forbudet inntil 2004.

I helsides avisannonser forteller tobakksindustrien at Røykeloven vil komme til å kriminalisere 1.3 millioner røykere. En organisasjon for å sikre røykernes rettigheter – Røykringen – stiftes i protest mot Røykeloven. Frontfigurer er advokat Alf Nordhus, redaktør Christan Christensen og komiker

Rolv Wesenlund. Fremskrittspartiets formann Carl I Hagen hevder i stortingsdebatten at Røykeloven er *'usunn, kriminaliserende, tøvete, motsetningsskapende, manipulerende og formynderregulerende'*.

Verdens røykfrie dag 31. mai innstiftes etter initiativ fra Verdens helseorganisasjon.

1989

Forskrift om forbud mot import, omsetning og produksjon av nye nikotin- og tobakksprodukter trer i kraft.

1991

I en artikkel i Tidsskrift for den Norske lægeforening presenterer kjemiprofessor Tore Sanner ved Radiumhospitalet et regnestykke som viser at røykerne representerer en samfunnsøkonomisk byrde

1993

Etter forskrift skal minst en tredjedel av bordene, sitteplassene og rommene bli røykfrie på overnattings- og serveringssteder.

'Sosial- og helsedepartementets arbeidsgruppe for oppfølgingen av Handlingsplanen for et Røykfritt Norge år 2000' blir nedlagt.

1994

Lobbyistkoalisjonen Tobakksfritt stiftes med professor Tore Sanner som mangeårig leder. Tobakksfritt skal opptre samlet som en pådriver overfor politiske myndigheter, drive informasjonsvirksomhet overfor politikere, beslutningstakere og media, initiere samarbeid på tvers av organisasjonene og drive nettverksbygging.

1996

Tobakkskadeloven innskjerpes ytterligere. Det innføres forbud mot røyking i åpne restauranter, og aldersgrensen for kjøp av tobakk heves fra 16 til 18 år. Forbud mot indirekte reklame trer i kraft. Ved forskrift innføres det forbud mot røyking inne i skoler og barnehager.

Telefontjenesten Røyketelefonen opprettes og driftes av Statens tobakkskaderåd. Professor i sosialmedisin Per Fugelli kaller Røykeloven 'et overgrep, uttrykk for formynderstaten på sitt verste tilforlatelig pakket inn i helseklær, en ytterliggående frihetsbegrensning, norgeshistoriens største mobbeaksjon'.

1997

«Vær røykfri» - et treårig skoleprogram utviklet av Den Norske Kreftforening tilbys alle landets ungdomsskoler med bistand fra Statens tobakkskaderåd. På det meste deltar mer enn halvparten av landets ungdomsskoleelever.

1998

Innskjerpingene i forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder trer i kraft slik at det gis adgang til å tillate røyking ved halvparten av bordene.

JL. Tiedemanns tobaksfabrik fusjoneres inn i skandinavias største tobakkskonsern Skandinavisk Tobakskompagni med over 5000 ansatte og sete i Danmark. Tiedemanns får 17,2% av aksjene samt flere styreverv.

1999

Strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet i Norge 1999-2003 fra Sosial- og helsedepartementet og Tobakkskaderådet legges frem.

Nasjonal Kreftplan avsetter midler til ansettelse av folkehelserådgivere hos fylkesmennene.

Lungekreftrammede Robert Lund stevner J.L. Tiedemanns tobaksfabrik for Orkdal herredsrett med krav om erstatning for den skade han ble påført av røyking. Slagrammede Asgeir Storband stevner samme produsent for Oslo tingrett.

2000

Tiedemanns frikjennes i herredsretten. Robert Lunds enke anker til Frostating lagmannsrett. NOU 200016 «Tobakksindustriens erstatningsansvar» utgis fra en gruppe med mandat fra Sosial og helsedepartementet.

Perioden 2001 til 2018

2002

EUs tobakksproduktdirektiv implementeres i norsk tobakkslovgivning. Forbud mot misvisende produktbetegnelser som f.eks. «light» og «mild», større helseadvarsler og hjemmel for å kreve produktopplysninger fra tobakksindustrien.

Statens tobakkskaderåd arrangerer en nasjonal tobakkskonferanse over to dager.

Statens tobakkskaderåd går inn i Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med omorganisering av den sentrale sosial- og helseforvaltningen.

I tillegg til alkohol- og narkotikaforskning, inkluderer Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) tobakksforskning i sin virksomhet.

2003

JL Tiedemanns tobakksfabrik frikjennes av Norsk høyesterett i Lund-saken.

Flere endringer i tobakkskadeloven vedtas, herunder forbud mot røyking på serveringssteder og utvidelse av arealet for helseadvarsel på emballasjen.

Direktoratet gjennomfører massemediekampanjen «Hver eneste sigarett skader deg» og en kampanje med fokus på tobakksindustriens arbeidsmetoder.

Som første land i verden ratifiserer Norge Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakkskader.

En utredning fra Nasjonalt folkehelseinstitutt konkluderer med at ca. 6 700 dødsfall (16% av alle dødsfall) skyldes røyking.

Salg av reseptfrie nikotinholdige legemidler (tyggegummi og plaster) tillates i dagligvarehandelen og fra bensinstasjoner.

Den elektroniske sigaretten finnes opp av den kinesiske farmasøyten Hon Lik.

2004

Forbudet mot røyking på serveringssteder trer i kraft 1. juni. Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører en massemediekampanje om at alle har rett til en røykfri arbeidsplass.

2005

Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader trer i kraft.

Asbjørnsens Tobakksfabrikk, opprettet i 1853 i Kristiansand, legger ned sin virksomhet. Merkevaren Eventyrblanding (Reven) inngår deretter i Imperial Tobacco Group (UK) sin produktportefølje for Norge. Imperial kjøper også virksomheten til tobakksdistributør Gunnar Stenberg AS.

Andresen-familien, som har eid JL. Tiedemanns tobakksfabrik i 156 år over fem generasjoner, selger ut sin aksjepost i Skandinavisk Tobakskompagni for 3,3 milliarder kroner.

Verdens største tobakksprodusent, Philip Morris, etablerer et kontor i Norge og tar over distribusjonen av bl.a. Marlboro fra Conrad Langaard.

2006

Tidsskriftet Tobacco Control publiserer en rangering av de europeiske lands skåre på indeks for bruk av tobakkspreventive virkemidler. Norge kommer på tredje plass etter Irland og England.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010 og Nasjonal strategi for bekjempelse av KOLS 2006-2011 legges fram av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet gjennomfører en massemediekampanje om KOLS.

SIRUS starter et flerårig forskningsprosjekt om snusbruk.

SIRUS og Statens arbeidsmiljøinstitutt publiserer resultater som viser at innføringen av 'Røykeloven' førte til økt trivsel, bedre selvpålevd helse, bedre luftkvalitet, god etterlevelse, få håndhevsproblemer og ingen endringer i besøksfrekvens og inntjening på serveringsstedene. Professor i sosialmedisin Per Fugelli sier på toårsdagen til 'Røykeloven' *«Hipp hurra! Røykeloven var helt klart politisk og helsefaglig klok».*

2007

Nasjonalt KOLS-råd opprettes med Helsedirektoratet som sekretariat.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet vinner en sak i Høyesterett om røykelovens anvendelse i såkalte røykeklubber.

Norwatch offentliggjør at Oljefondet besitter aksjer og obligasjoner i tobakksindustrien for 10,2 milliarder kroner.

NRK identifiserer personen bak 'Fiskeren' fra Tiedemann som Trondhjemsfiskeren Hans Peter Jacobsøn Wiggen (1832-96). I 1894 mottok Wiggen en to kroners sølvmynt og en flaske sprit for å

stå motiv.

2008

JL Tiedemans tobaksfabrik, opprettet i 1778, legger ned sin produksjonsavdeling i Norge. Sigarettseksjonen i Skandinavisk Tobakkompagni A/S - House of Prince A/S og J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik A/S – selges til British American Tobacco. All tobakksproduksjon på norsk jord er dermed eliminert.

SIRUS utgir en rapport om kunnskapsgrunnlaget for effekt fra restriksjoner på synlige oppstillinger av tobakksvarer.

2009

Påbud om bildeadvarsler på tobakkspakkene vedtas, med effekt fra 1. juni 2011 for sigaretter og 1. januar 2012 for andre tobakksprodukter unntatt snus.

For første gang lanseres skadereduksjon som supplerende tiltak i norsk tobakkspolitikk i en rapport fra SIRUS.

2010

Forbudet mot synlig oppstilling av tobakksvarer trer i kraft 1. januar 2010.

Tobakksprodusenten Philip Morris anlegger søksmål mot staten og ønsker å få lovligheten av forbudet rettsbehandlet.

Verdens helseorganisasjon foretar en evaluering av det norske tobakksforebyggende arbeidet og anbefaler bl.a. intensivert hjelp til røykeslutt.

SIRUS sier opp sin observatørstatus i Tobakksfritt. Utløsende årsak er uenighet om Tobakksfritts informasjon til myndighetene om snusbruk.

2011

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet vinner en sak i Høyesterett om røykeforbudets anvendelse på uteserveringer.

Snus har en markedsandel på 30% - det høyeste siden mellomkrigstiden. Røyketobakk utgjør 70%. Den parallelle økningen i snusbruk og nedgangen i røyking har ført til at snus nå er mer utbredt enn sigaretter blant menn under 30 år.

Krav om at alle sigaretter skal være selvslukkende for å begrense omfanget av dødsbranner. Helsedirektoratet gir det første av flere påfølgende avslag på søknader om adgang til å selge elektroniske sigaretter.

2012

Helsedirektoratet gjennomfører massemediekampanjer mot røyking i januar og august. Helsedirektoratet arrangerer en nasjonal tobakkskonferanse over to dager med fokus på bl.a. virkemiddelbruk, tobakkseksponering av barn og snusbruk.

Staten (Helse- og omsorgsdepartementet) representert ved Regjeringsadvokaten vinner en sak i Oslo tingrett om lovligheten av forbudet mot oppstilling av tobakksvarer. Philip Morris, Norway anker ikke dommen.

Nasjonalt råd for tobakksforebygging, oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, foreslår å forby salg av snus fra 2017 samt å eliminere salget av tobakk fra taxfree-butikker.

2013

Stortinget vedtar nye tillegg til Tobakksskadeloven. Formålsparagrafen endres slik at siktemålet med loven er å oppnå et tobakksfritt samfunn. Videre vedtas fra 2014 bl.a. forbud mot ti-pakninger, opphør av røykerom i offentlige virksomheter, og innføring av bevillingsordning for tobakksforhandlere.

Helse- og omsorgsdepartementet utgir nasjonal strategiplan «En framtid uten tobakk», som i hovedsak går ut på å intensivere bruk av de tradisjonelle virkemidlene; informasjon, restriksjoner, avgifter og avvenningstilbud. Snus betraktes utelukkende som et onde, og forbudet mot elektroniske sigaretter anbefales videreført.

2014

EU vedtar et Tobakksproduktdirektiv som bl.a. anbefaler medlemslandene å innføre et regulert salg av e-sigaretter. I Stortingsmelding 19 'Mestring og muligheter' åpner regjeringen Solberg opp for skadereduksjonsprinsippet på tobakksområdet.

Helseminister Høie trekker tilbake forslaget om bevilling for tobakksforhandlere.

2016

Helsedirektoratets veiledningstjeneste på telefon og chat på Slutta, kjent som Røyketelefonen legges ned etter 20 års drift. Digitale hjelpemidler som Slutta.no, Slutta-appen og Slutta på Facebook videreføres.

Stortinget vedtar å oppheve forbudet mot salg av nikotinholdige e-sigaretter.

Nasjonalt råd for tobakksforebygging (tidligere Statens tobakkskaderåd) nedlegges etter 45 års drift

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) innlemmes i Folkehelseinstituttet.

2017

Standardisert innpakning av tobakksprodukter innføres fra 1. juli.

Snusprodusenten Swedish Match taper søksmål mot staten om å unnta snus fra standardisert emballasje.

2018

Det innføres registerplikt og et nasjonalt register for å selge tobakk og tobakksurrogater. Kommunene har tilsynsansvar for detaljsalg, mens Helsedirektoratet har ansvar for tilsyn med grossistledet.

Oppdateringer av kapitler i Tobakk i Norge

Oversikt over tidspunkter da Tobakk i Norge har blitt oppdatert.

19.06.2018: Tobakk i Norge publisert for første gang. Rapporten kommer i stedet for kapitlet om tobakk i Rusmidler i Norge.

Datakilder for Tobakk i Norge

Oversikt over datakilder som er brukt i utarbeiding av Tobakk i Norge.

Det statistiske materialet som inngår i nettpublikasjonene *Tobakk i Norge* er offentlige data innhentet fra kilder som Statistisk sentralbyrå, Toll- og avgiftsdirektoratet, Skatteetaten, og Folkehelseinstituttet.

Det inngår imidlertid også data som er innhentet og bearbeidet av det tidligere Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), og som videreføres etter innlemmelsen i Folkehelseinstituttet. Dette gjelder eksempelvis data fra befolkningsundersøkelser om bruk av rusmidler og tobakk og informasjon om tax-free salg av alkohol og tobakk på norske flyplasser.

Befolkningsundersøkelser om bruk av tobakk

Spørreskjemaundersøkelser i befolkningen har tradisjonelt vært en viktig datakilde for informasjon om hvordan bruk av tobakk fordeler seg i ulike befolkningsgrupper, f. eks. blant kvinner og menn, eller i ulike aldersgrupper. Det vil alltid være metodiske feilkilder knyttet til slike spørreskjemaundersøkelser. For det første vil ikke alle personer som trekkes ut til å delta i undersøkelsen, besvare spørreskjemaet. Dette kan være et problem hvis frafallet ikke er tilfeldig. Likeledes vil frafallet føre til at antall personer som inngår i undersøkelsen, blir mindre enn planlagt. En annen feilkilde er at noen gir feilaktige opplysninger, bevisst eller ubevisst. I noen tilfeller kan det skyldes at det spørres om hendelser som ligger tilbake i tid og dermed er vanskelig å huske. Dette er feilkilder som vil kunne gjøre seg gjeldende når vi trekker slutninger om befolkningen på bakgrunn av utvalget.

Den viktigste tverrsnittsundersøkelsen av røyking og bruk av snus er SSBs tobakksbruksundersøkelse (15 år+) som SIRUS/nå FHI overtok ansvaret for i 2015. Undersøkelsen har blitt gjennomført årlig siden 1973, først som tillegg til arbeidskraftundersøkelsen (1973 til 1991), deretter som del av SSBs Reise- og ferieundersøkelsen (fra 1992 til dags dato). Spørsmål om bruk av snus ble inkludert i 1985. Til og med 1993 ble undersøkelsen gjennomført i 4. kvartal. Fra og med 1994 ble undersøkelsen utvidet til alle kvartal, med noen få unntak (K1 & K3 1994, K3 1998, K2 2000), men i disse kvartalene ble det kun stilt et begrenset antall spørsmål om røyking og bruk av snus. I den perioden undersøkelsen var del av arbeidskraftundersøkelsen var bruttoutvalget mellom 2500 og 3000. Utvalgsstørrelsen (hvor mange som man ønsket å intervju) og den eksakte størrelsen på bruttoutvalget (hvor mange som var mulig å intervju, det vil si, som ikke hadde utvandret eller var døde) er ukjent for noen av disse årene. Fra og med 1992 trakk SSB et landsrepresentativt utvalg på 2000 i hvert kvartal, noe som resulterte i et bruttoutvalg på rundt 1980 personer. I noen få kvartaler var bruttoutvalget større på grunn av at man inkluderte et tilleggsutvalg på 500 personer (blant annet K4 fra 1992 til 1994). Fra og med 2015 økte størrelsen på utvalget med 1000 respondenter. Fra og med 2015 ble andre kvartal av røykevaneundersøkelsen inkludert i SIRUS' relativt nyetablerte undersøkelse av rusmiddelbruk, inkludert røyking, som ble gjennomført første gang i 2012. Denne tok over for SIFAs/ SIRUS' undersøkelser av rusmiddelbruk (med hovedvekt på alkohol) som ble gjennomført med noen års mellomrom fra 1962 til 2004 (SIRUS rapport nr 5/2015).

Uregistrert bruk av tobakk

Informasjon om det uregistrerte tobakksforbruket er beregnet på grunnlag av informasjon fra tobakksindustrien, fra utsalgssteder for avgiftsfri tobakk og fra grensehandelsundersøkelser, samt fra surveyundersøkelser der røykere og snusbrukere har rapportert sine forsyningskilder. I perioden 1997-2014 ble selvrapportert forsyningskilder for sigaretter hentet fra Tobakksbruksundersøkelsen som er beskrevet ovenfor, for snus fra 2004-2014. Fra 2015 ble opplysninger om forsyningskilder tatt inn i en egen undersøkelse etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Denne undersøkelsen heter Forsyningsundersøkelsen, og data samles inn av Ipsos. De bruker sin etablerte e-postdatabase og i tillegg trekkes et tilfeldig utvalg fra befolkningsregister levert av Bisnode. Innsamling av data foregår via datamaskin, smarttelefon eller nettbrett.

Holdninger til tobakkspreventive tiltak

Data om oppslutning om tobakkspreventive tiltak er samlet inn via IPSOS/Synnovate, Epinion og Norstat, i undersøkelser hvor landsrepresentative utvalg rekrutteres fra etablerte webpanel. Datainnsamlinger ble foretatt i 2010, 2014/15, 2016 og 2017, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg til spørsmål om egen tobakksatferd og risikoppfatninger av ulike nikotinprodukter, blir respondentene bedt om å ta stilling til både etablerte og mulige nye tobakkspreventive tiltak. Data samles inn via internett på plattformer som datamaskin, smarttelefon og nettbrett.

Evaluering av Røyketelefonen og Slutta.no

I 2013 ønsket Helsedirektoratet å evaluere tjenestene Røyketelefonen og Slutta.no. Evalueringen skulle ta for seg både opplevelsen innringerne hadde med selve tjenesten til Røyketelefonen, betydningen av utfallet av røyke- og slutteforsøk sammenlignet med betydningen av å bruke nettsiden www.slutta.no, samt hvilke hjelpemidler som ble brukt ved røyke- og snuslutforsøk, og risikoppfatninger ved bruk av ulike nikotinprodukter. Undersøkelsen består av en baseline undersøkelse, og oppfølging etter 6 og 12 måneder.

Om Tobakk i Norge

Tobakk i Norge presenterer bruksmønstre og forsyningskilder for tobakk. Her finner du informasjon om redaksjonen samt kontaktinformasjon.

Redaksjonen

Ansvarlig redaktør:
Elisabeth Kvaavik

Fagredaktør: Karl Erik Lund

Bidragstere (i alfabetisk rekkefølge): Ingeborg Lund, Karl Erik Lund, Marianne Lund, Erik Nord, Gunnar Sæbø, Rikke Tokle, Tord Finne Vedøy

Sekretariat: Marianne Lund, Ellen Amundsen og Erik Bull-Valen

Ekstern fagfelle vurdering: Rune Johansen

Kontakt

Melding om feil på sider, brudd på lenker, innspill til redaksjonen: kontakt nettredaksjonen

Pressehenvendelser: e-post medievakt, telefon 21 07 83 00.

Vedleggstabeller til Tobakk i Norge

Statistikk over bruk av tobakk i Norge. Tabellene er tallgrunnlag for figurene i rapporten.

Vedleggstabeller til Tobakk i Norge (pdf-fil, 0,3 mb)

Vedleggstabeller til Folkehelseinstituttets rapport Tobakk i Norge

Vedleggstabellene er tallgrunnlag for figurer i rapporten Tobakk i Norge (www.fhi.no/nettpub/tobakk norge)

Tabellene ble sist oppdatert 18.06.2018

Innholdsfortegnelse (klikk på tabellnavnet for å gå direkte til tabellen)

[Vedleggstabell A1 Utviklingen i registrert salg av ulike tobakksprodukter i gram per innbygger 15 år og eldre, 1909-2017](#)

[Vedleggstabell A2. Utviklingen i registrert salg av fabrikkframstilte sigaretter, rulletobakk og snus, i tonn pr.år \(juli-juni\), 1938/39 -2016/17](#)

[Vedleggstabell A3. Prosentandel av siste døgns sigarettforbruk blant dagligrøykere som ble kjøpt i Norge og i utlandet, 1990-2017](#)

[Vedleggstabell A4: Prosentandel av siste døgns snusforbruk blant de som bruker snus daglig som ble kjøpt i Norge og i utlandet, 2015-2017](#)

[Vedleggstabell A5. Estimert totalforbruk \(registrert og uregistrert\) av tobakk i gram per innbygger 15+, 1960-2017](#)

[Vedleggstabell B1: Prosentandel som oppgir å røyke daglig eller av og til i aldersgruppen 16-74 år, 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt](#)

[Vedleggstabell B4: Prosentandel dagligrøykere i ulike aldersgrupper, 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt](#)

[Vedleggstabell B5: Gjennomsnittlig alder ved førstegangs bruk av sigaretter etter år, menn og kvinner. 1980-2017](#)

[Vedleggstabell B6: Gjennomsnittlig alder ved førstegangs bruk av sigaretter etter kohort, menn og kvinner. 1980-2017](#)

[Vedleggstabell B9: Prosentandel dagligrøykere i ulike landsdeler i aldersgruppen 16-74 år, 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt](#)

[Vedleggstabell B12: Prosentandel i aldersgrp. 16-74 år som røyker daglig eller av og til, fordelt på fylke og kjønn, sammensl. periode 2013-2017](#)

[Vedleggstabell G1 og G2: Andel dagligrøykere i alderen 25 til 74 etter høyeste fullførte utdanning, i prosent, 1976-2017](#)

[Vedleggstabell G3: Prosentandel dagligrøykere blant menn og kvinner i aldersgruppen 25-74 etter Standard for yrkesklass., 2013-17 samlet](#)

[Vedleggstabell H1. Prosentandel som oppgir å bruke snus daglig eller av og til i aldersgruppen 16-74, 1985-2017](#)

[Vedleggstabell H2: Prosentandel som bruker snus daglig i ulike aldersgrupper, menn, 1985-2017](#)

[Vedleggstabell H3: Prosentandel som bruker snus daglig i ulike aldersgrupper, kvinner, 1985-2017](#)

[Vedleggstabell H4: Gjennomsnittlig forbruk av "pris" snus pr. dag for daglig brukere av snus i alderen 16-74 år, 2006-2017](#)

[Vedleggstabell H5: Prosentandel som bruker snus daglig eller av og til i de ulike fylkene i aldersgruppen 16-74 i periodene 2008-2012 og 2013-2017](#)

Vedleggstabell A1: Utviklingen i registrert salg av ulike tobakksprodukter i gram per innbygger 15 år og eldre, 1909-2017

[Tallene omtales i artikkelen Tobakksmarkedets sammensetning og endring](#)

År	Skrå	Snus	Pipetobakk ¹	Sigarer og sigarillos	Rulletobakk ¹	Sigaretter	Totalt
1909	995	125	264	56	-	30	1470
1910	965	150	290	60	-	45	1510
1911	945	155	315	65	-	60	1540
1912	930	160	330	70	-	85	1575
1913	915	145	340	75	-	100	1575
1914	900	140	350	80	-	115	1585
1915	890	130	360	90	-	130	1600
1916	876	204	376	108	-	129	1693
1917	800	200	370	100	-	140	1610
1918	720	230	380	90	-	150	1570
1919	680	220	400	80	-	160	1540
1920	660	230	420	70	-	170	1550
1921	600	270	430	60	-	180	1540
1922	580	270	450	50	-	190	1540
1923	560	260	460	40	-	210	1530
1924	540	260	470	30	-	220	1520
1925	520	280	475	20	-	240	1535
1926	500	260	480	20	-	250	1510
1927	480	240	483	14	-	262	1479
1928	478	241	495	16	1	258	1489
1929	486	239	518	14	2	273	1532
1930	459	231	546	15	3	305	1559
1931	399	201	559	13	4	273	1449
1932	370	206	559	18	5	277	1435
1933	324	192	564	16	8	281	1385

1934	307	181	569	20	9	289	1375
1935	302	181	599	22	15	299	1418
1936	288	186	629	22	18	346	1489
1937	270	194	650	26	19	387	1546
1938	260	204	662	26	25	365	1542
1939	247	205	688	31	44	395	1610
1940	229	229	590	34	180	376	1638
1941	149	225	468	20	192	285	1339
1942	129	188	330	12	127	260	1046
1943	100	156	238	7	96	197	794
1944	84	108	215	5	104	247	763
1945	84	118	407	5	64	374	1052
1946	217	204	512	8	169	582	1692
1947	176	207	847	14	87	608	1939
1948	183	225	802	25	144	472	1851
1949	142	226	673	20	266	492	1819
1950	127	226	739	17	248	467	1824
1951	121	225	713	13	271	467	1810
1952	114	225	743	13	287	465	1847
1953	106	217	722	15	306	510	1876
1954	99	216	725	19	309	497	1865
1955	92	212	722	20	306	530	1882
1956	91	206	688	20	341	567	1913
1957	85	198	684	22	343	539	1871
1958	83	191	705	23	375	532	1909
1959	72	186	716	24	413	558	1969
1960	71	177	769	23	427	538	2005
1961	66	176	530	30	677	534	2013
1962	60	167	464	32	791	545	2059
1963	55	160	419	36	858	515	2043

1964	52	155	528	51	774	504	2064
1965	48	150	401	43	898	506	2046
1966	44	141	399	38	958	529	2109
1967	39	132	406	41	978	531	2127
1968	39	137	392	48	1017	588	2221
1969	37	97	286	41	1103	626	2190
1970	31	106	403	37	1038	634	2249
1971	33	107	304	40	1048	627	2159
1972	30	98	211	36	1185	640	2201
1973	27	93	340	37	1126	600	2223
1974	28	93	154	31	1306	587	2199
1975	21	86	220	30	1319	561	2236
1976	23	90	228	29	1239	583	2193
1977	22	81	188	32	1220	588	2131
1978	21	89	195	31	1196	621	2153
1979	19	84	171	28	1196	628	2126
1980	18	82	127	26	1253	664	2171
1981	18	83	69	25	1270	640	2105
1982	16	81	172	21	1169	602	2061
1983	14	77	63	19	1222	550	1945
1984	13	78	155	20	1111	566	1943
1985	12	86	130	19	1078	633	1959
1986	12	86	144	18	1010	735	2004
1987	11	80	92	16	991	793	1982
1988	9	81	130	14	912	835	1981
1989	8	82	112	15	897	841	1955
1990	7	83	86	14	912	853	1955
1991	6	82	90	14	911	853	1957
1992	6	81	105	14	898	875	1979
1993	6	78	55	13	854	761	1767

1994	5	88	84	13	871	796	1858
1995	5	87	116	12	710	732	1662
1996	5	93	2	24	828	739	1691
1997	5	95	11	12	785	757	1666
1998	5	104	16	13	749	776	1662
1999	4	104	11	14	674	747	1555
2000	4	103	12	15	619	756	1509
2001	4	105	16	11	561	737	1433
2002	4	111	6	10	544	716	1391
2003	4	120	8	9	489	683	1314
2004	4	140	11	9	393	680	1236
2005	4	170	2	9	319	639	1142
2006	4	185	9	8	278	630	1114
2007	4	212	5	8	265	630	1123
2008	4	244	5	7	260	627	1147
2009	3	274	4	7	255	618	1161
2010	3	295	0	6	245	573	1123
2011	3	300	9	6	207	548	1073
2012	3	261	3	5	176	500	948
2013	3	299	4	5	162	450	923
2014	3	306	0	4	137	387	837
2015	2	300	5	4	145	420	876
2016	2	317	0	5	158	444	926
2017	2	300	0	3	113	344	761

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet, J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik, Tobakksindustriens Felleskontor, Statistisk sentralbyrå, FHI.

¹Estimert på bakgrunn av forholdet mellom daglig mengde røykt i pipe og i sigaretter i perioden 1980-1985 blant eksklusive piperøykere og kombinasjonsbrukere. Dette forholdes antas være stabilt i hele perioden. Det antas også at kombinasjonsbrukerne bruker like mye tobakk i pipe og i sigaretter

Vedleggstabell A2. Utviklingen i registrert salg av fabrikkframstilte sigaretter, rulletobakk og snus, i tonn pr.år (juli-juni), 1938/39 -2016/17.¹

[Tallene omtales i artikkelen Tobakksmarkedets sammensetning og endring](#)

År	Fabrikk- framstilte sigaretter	Røyketobakk	Sigaretter/ sigarillos	Snus	Skrå
1938/1939	880	1600	72	467	554
1939/1940	960	1748	80	526	536
1940/1941	722	1224	47	536	360
1941/1942	612	863	29	541	313
1942/1943	558	738	17	382	244
1943/1944	446	917	12	280	201
1944/1945	736	1367	17	318	251
1945/1946	1260	2068	29	495	498
1946/1947	1432	2287	39	505	426
1947/1948	1338	2343	54	554	413
1948/1949	1196	2254	51	557	362
1949/1950	1109	2305	44	557	334
1950/1951	1091	2426	30	551	320
1951/1952	1203	2566	33	564	294
1952/1953	1254	2603	38	537	294
1953/1954	1314	2631	49	544	252
1954/1955	1427	2611	50	532	225
1955/1956	1340	2605	50	525	240
1956/1957	1441	2741	58	514	206
1957/1958	1394	2844	59	491	218
1958/1959	1420	2998	63	485	183
1959/1960	1459	3149	63	467	286
1960/1961	1424	3359	81	464	175
1961/1962	1473	3393	89	457	159

1962/1963	1408	3495	98	433	153
1963/1964	1394	3624	141	435	143
1964/1965	1410	3598	121	423	126
1965/1966	1489	3819	107	401	132
1966/1967	1507	3927	118	379	113
1967/1968	1684	4039	137	395	112
1968/1969	1809	4018	119	283	108
1969/1970	1849	4207	108	311	92
1970/1971	1841	3972	118	318	98
1971/1972	1898	4138	108	294	90
1972/1973	1795	4408	110	281	80
1973/1974	1770	4405	95	283	85
1974/1975	1706	4683	90	263	63
1975/1976	1787	4499	100	277	72
1976/1977	1817	4350	98	251	67
1977/1978	1936	4335	89	276	64
1978/1979	1972	4294	83	264	60
1979/1980	2104	4368	79	261	57
1980/1981	2045	4277	73	264	56
1981/1982	1939	4321	68	261	52
1982/1983	1787	4179	63	250	46
1983/1984	1856	4155	63	257	42
1984/1985	2096	3997	65	286	41
1985/1986	2450	3853	63	286	39
1986/1987	2666	3641	59	269	36
1987/1988	2833	3537	56	276	31
1988/1989	2876	3450	48	281	27
1989/1990	2926	3427	50	286	25
1990/1991	2938	3447	48	283	22
1991/1992	3028	3470	49	280	21

1992/1993	2644	3160	45	272	20
1993/1994	2779	3333	44	306	19
1994/1995	2565	2891	42	305	18
1995/1996	2599	2918	40	327	17
1996/1997	2672	2810	44	336	16
1997/1998	2751	2710	46	367	16
1998/1999	2663	2442	50	369	16
1999/2000	2711	2262	53	368	15
2000/2001	2653	2078	38	377	14
2001/2002	2590	1991	37	400	13
2002/2003	2487	1812	34	438	13
2003/2004	2493	1480	32	514	14
2004/2005	2363	1185	32	628	13
2005/2006	2353	1072	30	690	14
2006/2007	2377	1019	29	802	14
2007/2008	2401	1014	28	934	14
2008/2009	2401	1007	27	1065	12
2009/2010	2258	964	25	1163	13
2010/2011	2192	864	24	1199	12
2011/2012	2031	728	22	1061	11
2012/2013	1856	687	19	1234	11
2013/2014	1615	574	18	1278	11
2014/2015	1779	633	18	1270	10
2015/2016	1901	676	20	1356	10
2016/2017	1487	489	12	1294	8

Kilde: Toll- og avgiftsdirektoratet/Skattedirektoratet.

¹For utregning av salg i tonn for perioden 1939 til 1965, se Lund 1996: 317

Vedleggstabell A3. Prosentandel av siste døgns sigarettforbruk blant dagligrøykere som ble kjøpt i Norge og i utlandet, 1990-2017, personer i alderen 16-74 år.¹

[Tallene omtales i artikkelen Tobakksmarkedets sammensetning og endring](#)

År	Norge	Sverige ³	Danmark	Utlandet ellers/taxfree	Internett/postordre/annet	Totalt
1990	91	3	-	6	1	748
1991	89	4	-	8	0	770
1992	87	4	-	8	0	604
1993	88	4	-	8	0	594
1994 ²	-	-	-	-	-	-
1995 ²	-	-	-	-	-	-
1996 ²	-	-	-	-	-	-
1997	85	4	5	7	-	408
1998	68	12	7	13	-	406
1999	74	11	5	10	-	341
2000	72	11	5	12	-	324
2001	73	16	5	7	-	367
2002	75	15	4	6	-	389
2003	65	15	5	14	-	322
2004	58	24	8	10	-	309
2005	67	22	2	9	0	267
2006	56	20	4	21	0	254
2007	69	13	3	14	1	250
2008	52	20	8	20	0	207
2009	61	17	3	19	0	220
2010	57	29	3	11	0	194
2011	69	16	1	13	0	178
2012	62	23	4	10	0	162
2013	60	19		21	0	158
2014	58	21		18	4	142
2015	57	19		22	3	1162
2016	61	16		19	4	1063
2017	52	22		21	6	1093

¹ I perioden 1993-2012 og i 2015 spurte man om hvor sigarettene som var røykt siste døgn var kjøpt. I perioden 2013-2014 spurte

²Spørsmål ikke stilt

³ Sverige og Danmark slått sammen fra og med 2013

⁴ N betegner alle som har kjøpt sigaretter fra én eller flere steder

Kilde: Statistisk sentralbyrå (1990-2014)/IPSOS MMI (2015-16)

Vedleggstabell A4: Prosentandel av siste døgns snusforbruk blant de som bruker snus daglig som ble kjøpt i Norge og i utlandet, 2015-2017, personer i alderen 16-74

[Tallene omtales i artikkelen Tobakksmarkedets sammensetning og endring](#)

År	Norge	Sverige/ Danmark	Utlandet ellers/taxfree	Internett/ postordre/ annet	Totalt
2015	64	19	15	2	1203
2016	61	21	17	2	1687
2017	57	27	16	1	1001

Kilde: IPSOS/Folkehelseinstituttet

Vedleggstabell A5. Estimert totalforbruk (registrert og uregistrert) av tobakk i gram per innbygger 15+, 1960-2017¹

[Tallene omtales i artikkelen Tobakksmarkedets sammensetning og endring](#)

År	Registrert	Uregistrert	Totalt
1960	2005	-	-
1961	2013	-	-
1962	2059	-	-
1963	2043	-	-
1964	2064	-	-
1965	2046	-	-
1966	2109	-	-
1967	2127	-	-
1968	2221	-	-
1969	2190	-	-
1970	2249	-	-
1971	2159	-	-
1972	2201	-	-
1973	2223	-	-
1974	2199	-	-
1975	2236	49	2285
1976	2193	106	2299
1977	2131	55	2186
1978	2153	61	2214
1979	2126	64	2190
1980	2171	69	2240
1981	2105	141	2246
1982	2061	185	2246
1983	1945	280	2225
1984	1943	287	2230
1985	1959	241	2200
1986	2004	281	2285
1987	1982	272	2254
1988	1981	271	2252
1989	1955	263	2218
1990	1955	197	2152
1991	1957	247	2203
1992	1979	286	2265
1993	1767	252	2019
1994	1858	286	2144
1995	1662	295	1957
1996	1691	375	2066
1997	1666	304	1969
1998	1662	788	2449
1999	1555	549	2104
2000	1509	577	2086
2001	1433	529	1962
2002	1391	460	1850
2003	1314	693	2007
2004	1236	897	2133
2005	1142	553	1695
2006	1114	887	2001
2007	1123	502	1625
2008	1147	1055	2202
2009	1161	740	1900
2010	1123	840	1962
2011	1073	493	1566
2012	948	571	1520
2013	923	612	1535
2014	837	612	1449
2015	876	665	1541
2016	926	582	1508
2017	761	709	1471

¹Beregnet på grunnlag av kjøp fra forhandlere i Norge (registrert salg), kjøp i naboland(grensehandel) og kjøp fra flyplasser og ferjer (taxfree-salg). Smuglet tobakk er ikke med. Informasjon og uregistrert forbruk bygger på tall fra tabell A1. Prosentandel uregistrert snus er satt lik som uregistrert sigaretterkonsum til og med 2014.

Kilde: Toll-og avgiftsdirektoratet/Skattedirektoratet, J.L.Tiedemanns Tobaksfabrik, Tobakksindustriens Felleskontor, Statistisk

Vedleggstabell B1: Prosentandel som oppgir å røyke daglig eller av og til i aldersgruppen 16-74 år, 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av sigarettøyking i Norge](#)

År	Menn		Kvinner		Totalt	
	Daglig	Av og til	Daglig	Av og til	Daglig	Av og til
1973	53	8	32	11	42	9
1974	52	8	32	10	42	9
1975	51	8	32	10	42	9
1976	49	9	32	10	40	9
1977	46	10	31	10	38	10
1978	44	10	31	10	38	10
1979	44	9	31	10	37	10
1980	42	9	31	9	37	9
1981	40	8	32	9	36	9
1982	41	9	32	9	36	9
1983	41	8	33	9	37	9
1984	42	9	33	9	37	9
1985	41	9	32	9	37	9
1986	40	9	32	10	36	10
1987	40	9	33	10	37	9
1988	40	9	34	9	37	9
1989	38	9	34	9	36	9
1990	37	9	33	9	35	9
1991	36	10	33	10	35	10
1992	37	11	33	9	35	10
1993	37	11	33	11	35	10
1994	35	13	32	12	34	12
1995	34	13	32	12	33	12
1996	34	13	32	12	33	12
1997	34	12	33	11	33	12
1998	34	11	32	12	33	11
1999	32	11	32	11	32	11
2000	31	11	31	11	31	11
2001	30	12	31	10	30	11
2002	29	12	28	11	29	11
2003	28	12	27	11	27	11
2004	26	11	25	11	26	11
2005	25	11	24	10	25	11
2006	24	11	24	10	24	10
2007	22	10	22	9	22	10
2008	21	10	21	9	21	9
2009	20	10	20	9	20	9
2010	19	11	19	9	19	10
2011	17	11	18	9	18	10
2012	16	11	16	9	16	10
2013	15	10	14	8	15	9
2014	14	10	13	7	13	9
2015	13	10	11	7	12	8
2016	12	10	11	7	11	8
2017	11	10	10	7	11	8

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell B4: Prosentandel dagligrøykere i ulike aldersgrupper, 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt

Tallene omtales i artikkelen [Utbredelse av sigarettøyking i Norge](#)

År	16-24	25-49	50-64	65-74
1973	43,7	49,5	38,4	25,9
1974	42,0	48,9	39,1	24,8
1975	41,8	48,6	39,0	24,9
1976	39,4	46,7	38,9	23,2
1977	38,6	44,3	36,1	24,0
1978	36,3	43,2	35,8	24,5
1979	36,4	42,4	35,6	24,9
1980	35,0	41,3	35,0	24,4
1981	34,8	40,8	34,2	24,9
1982	33,0	41,3	35,6	25,5
1983	32,3	42,8	36,3	25,8
1984	32,2	43,1	37,0	23,7
1985	31,6	43,1	34,9	22,8
1986	32,0	42,2	34,4	23,4
1987	29,8	42,4	35,8	27,2
1988	30,3	42,2	36,0	27,4
1989	28,6	42,0	35,6	27,0
1990	29,0	41,1	32,2	23,0
1991	28,6	40,9	32,4	21,6
1992	29,3	41,0	33,0	21,9
1993	28,1	40,1	33,2	22,5
1994	28,5	38,0	32,2	23,4
1995	28,2	36,9	32,1	22,9
1996	29,7	36,3	32,1	24,1
1997	30,6	36,2	32,4	24,2
1998	30,5	35,9	31,4	24,3
1999	30,5	35,2	31,0	22,2
2000	28,8	34,1	30,8	21,2
2001	28,9	32,5	30,8	20,5
2002	26,0	30,5	30,0	19,4
2003	25,3	29,1	28,1	19,8
2004	23,9	27,3	27,4	17,9
2005	23,2	26,0	27,4	18,0
2006	20,9	24,4	27,0	16,6
2007	17,4	23,0	25,5	16,9
2008	15,8	21,7	24,3	16,3
2009	14,9	20,6	24,0	16,6
2010	13,7	19,3	23,2	16,2
2011	10,4	17,8	22,0	15,9
2012	8,9	15,6	21,6	14,4
2013	6,5	14,1	20,4	14,4
2014	5,7	12,3	19,1	13,7
2015	4,5	11,1	17,2	13,0
2016	3,9	10,6	15,9	12,5
2017	3,5	10,3	14,5	12,1

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell B5: Gjennomsnittlig alder ved førstegangs bruk av sigaretter etter år, menn og kvinner. 1980-2017

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av sigarettøyking i Norge](#)

	Menn	Kvinner
1980	17,5	20,5
1981	17,5	19,9
1982	17,3	20,0
1983	17,9	20,0
1984	17,4	19,4
1985	17,8	19,6
1986	17,7	19,5
1987	17,6	19,4
1988	17,2	19,9
1989	18,1	19,4
1990	17,7	19,3
1991	17,8	18,8
1992	17,3	18,5
1993	17,3	18,6
1994	17,6	18,7
1995	17,2	18,8
1996	17,7	18,6
1997	17,8	18,7
1998	17,8	18,4
1999	17,2	18,6
2000	17,5	18,7
2001	17,1	18,1
2002	17,6	18,9
2003	17,5	17,9
2004	15,9	17,3
2005	17,3	17,8
2006	17,8	17,8
2007	17,5	18,7
2008	17,3	18,6
2009	17,3	18,2
2010	17,3	18,8
2011	17,7	17,8
2012	18,0	17,9
2013	17,4	17,9
2014	17,2	18,2
2015	17,7	18,0
2016	17,6	18,7
2017	17,7	18,4

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell B6: Gjennomsnittlig alder ved førstegangs bruk av sigaretter etter kohort, menn og kvinner. 1980-2017

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av sigarettøyking i Norge](#)

	Menn	Kvinner
1907	18,0	38,5
1912	19,4	30,9
1917	18,8	30,4
1922	18,9	26,2
1927	18,3	24,0
1932	18,6	22,7
1937	18,4	21,3
1942	17,8	20,5
1947	18,0	19,5
1952	17,7	18,4
1957	17,2	17,5
1962	17,0	17,0
1967	16,7	16,7
1972	16,5	16,5
1977	16,5	16,5
1982	16,3	15,9
1987	15,7	15,5
1992	16,5	15,5
1997	16,0	15,3

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell B9: Prosentandel dagligrøykere i ulike landsdeler i aldersgruppen 16-74 år, 1973-2017, treårig glidende gjennomsnitt

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av sigarettøyking i Norge](#)

År	Oslo/Akershus	Østlandet ellers	Sørlandet, Vestlandet og Trøndelag	Nord-Norge
1973	45,8	42,0	39,3	45,5
1974	45,6	41,8	38,6	45,5
1975	45,1	41,6	38,7	45,4
1976	44,1	40,6	37,0	43,6
1977	40,8	38,7	36,6	40,5
1978	40,3	39,2	34,8	39,1
1979	40,2	38,7	34,6	39,6
1980	41,2	37,5	32,6	39,8
1981	38,8	36,5	33,2	41,5
1982	37,3	37,2	34,0	41,4
1983	36,3	39,2	34,8	41,7
1984	36,4	39,6	35,0	40,6
1985	35,9	38,5	34,9	39,5
1986	35,7	36,9	35,2	39,1
1987	37,3	35,9	36,0	39,5
1988	37,7	35,8	36,0	40,3
1989	36,4	35,7	35,1	40,7
1990	34,5	34,2	33,6	41,3
1991	33,4	34,7	33,1	41,2
1992	34,6	35,1	34,4	39,6
1993	35,3	35,4	33,6	36,6
1994	33,4	34,3	32,6	38,0
1995	31,1	33,2	33,0	37,7
1996	29,7	33,3	33,3	39,2
1997	29,6	32,9	34,2	38,1
1998	29,4	34,0	32,8	38,2
1999	29,4	33,4	31,9	37,2
2000	28,2	32,8	30,5	36,5
2001	27,9	31,9	29,6	34,7
2002	24,8	30,8	28,1	32,5
2003	23,8	30,1	26,7	30,2
2004	21,2	28,2	25,8	29,4
2005	21,6	27,5	24,6	27,7
2006	19,7	25,8	23,6	27,0
2007	19,2	24,3	21,9	24,6
2008	17,4	22,7	21,1	24,0
2009	16,6	22,2	20,4	23,0
2010	15,9	20,9	19,2	22,0
2011	14,4	19,9	17,6	19,0
2012	13,2	18,2	15,9	17,6
2013	12,1	17,3	14,3	16,6
2014	10,9	15,4	13,1	15,4
2015	9,4	15,0	11,4	13,2
2016	8,4	13,5	11,2	11,8
2017	7,9	13,3	10,3	11,6

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell B12: Prosentandel i aldersgruppen 16–74 år som røyker daglig eller av og til, fordelt på fylke og kjønn, sammenslåtte data for perioden 2013-2017¹

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av sigarettøyking i Norge](#)

	Røyker daglig			Røyker av og til			(N)
	Menn	Kvinner	Totalt (%)	Menn	Kvinner	Totalt (%)	
Hele landet	12,6	11,5	12,1	9,8	7,1	8,5	25841
Østfold	17,7	14,9	16,3	9,1	6,7	7,9	1393
Akershus	9,2	9,9	9,5	9,4	7,0	8,2	3026
Oslo	10,2	8,7	9,4	12,4	9,3	10,8	3368
Hedmark	15,1	15,6	15,3	7,4	7,0	7,2	973
Oppland	12,2	12,1	12,2	8,7	5,4	7,1	928
Buskerud	14,9	13,8	14,3	8,3	5,2	6,7	1380
Vestfold	11,8	12,6	12,2	8,4	7,0	7,7	1228
Telemark	16,8	15,8	16,3	9,4	8,8	9,1	804
Aust-Agder	17,8	11,8	14,7	7,2	8,1	7,7	573
Vest-Agder	14,1	8,8	11,5	8,9	7,2	8,1	927
Rogaland	14,3	11,3	12,8	12,2	7,3	9,8	2269
Hordaland	12,3	10,8	11,5	11,3	7,9	9,7	2611
Sogn og Fjordane	11,7	10,8	11,2	8,7	7,8	8,2	534
Møre og Romsdal	12,0	11,4	11,7	8,2	5,8	7,1	1245
Sør-Trøndelag	9,4	10,5	9,9	9,1	4,1	6,7	1569
Nord-Trøndelag	11,2	13,7	12,3	9,5	5,5	7,6	641
Nordland	14,0	12,0	13,1	6,8	6,2	6,5	1179
Troms	14,5	11,3	13,0	9,7	7,5	8,7	854
Finnmark	14,8	17,8	16,2	11,9	8,6	10,3	339

¹For å få et mer robust beregningsgrunnlag slår vi sammen tall for 5 år. Totaltallet for dagligrøyking og av og til røyking vil derfor avvike fra tilsvarende tall for året 2017.

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell G1 og G2: Andel dagligrøykere i alderen 25 til 74 etter høyeste fullførte utdanning, i prosent¹, 1976-2017. Treårig glidende gjennomsnitt.

[Tallene omtales i artikkelen Røyking og sosial ulikhet](#)

År	Menn			Kvinner		
	Grunnskole	Videregående skole	Universitet/Høgskole	Grunnskole	Videregående skole	Universitet/Høgskole
1976	52,0	49,5	34,6	29,8	32,3	16,9
1977	53,2	48,1	33,6	29,9	31,6	21,6
1978	51,9	47,7	29,0	31,2	31,7	22,1
1979	51,7	47,4	28,2	31,5	31,2	21,8
1980	47,5	46,8	27,0	32,2	30,9	22,0
1981	47,7	43,9	27,2	33,4	31,2	22,9
1982	48,7	43,5	28,3	34,8	31,0	27,5
1983	52,0	43,8	27,8	36,1	33,9	25,8
1984	52,9	45,6	27,5	34,1	34,2	25,4
1985	51,0	45,0	26,4	34,9	34,6	21,9
1986	48,9	44,5	28,2	34,8	33,9	22,1
1987	48,0	44,6	29,6	37,5	36,0	22,6
1988	49,0	44,2	29,6	36,7	37,3	22,8
1989	49,1	44,2	26,6	36,9	37,8	22,8
1990	47,7	42,1	23,0	36,7	36,7	21,3
1991	47,7	41,4	22,3	37,5	36,2	21,1
1992	48,7	40,9	22,3	40,3	37,2	20,5
1993	48,4	40,6	22,1	40,4	36,8	20,4
1994	46,9	38,3	21,5	41,8	36,7	18,2
1995	47,1	37,3	21,0	41,6	36,5	18,4
1996	46,5	37,6	20,7	41,8	36,4	19,4
1997	45,8	38,4	20,7	41,2	36,5	20,5
1998	44,0	38,5	20,1	40,9	36,5	20,7

1999	42,9	36,9	19,6	41,6	36,9	20,2
2000	43,9	35,5	18,8	41,6	36,1	18,7
2001	43,1	33,7	18,0	40,5	35,4	17,9
2002	42,7	33,2	15,6	38,5	33,7	15,8
2003	38,8	31,6	16,8	35,6	32,4	17,0
2004	36,6	31,0	16,2	34,6	30,3	15,0
2005	34,2	29,4	16,4	34,3	29,8	14,8
2006	35,0	28,6	12,1	35,4	29,9	11,6
2007	37,2	23,4	10,1	37,8	24,6	11,6
2008	37,1	23,8	9,8	37,5	24,8	10,9
2009	38,6	24,4	8,9	37,0	23,8	11,1
2010	38,0	22,9	8,2	35,8	23,4	10,6
2011	37,4	21,3	7,3	34,2	21,6	10,2
2012	35,6	18,5	7,0	32,2	20,3	8,5
2013	32,5	18,1	7,9	29,5	19,3	7,2
2014	29,4	16,4	7,5	27,3	17,9	7,0
2015	25,2	16,0	7,0	25,5	16,5	5,9
2016	25,5	15,0	4,9	23,9	15,9	5,6
2017	24,6	14,6	4,4	21,9	15,8	5,1

¹ Fra og med 2007 ble kriteriet for fullført videregående utdanning endret. Konsekvensen var at noen personer som tidligere var i gruppen "Videregående skole" nå ble plassert i gruppen "Grunnskole".

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell G3: Prosentandel dagligrøykere blant menn og kvinner i aldersgruppen 25-74 etter Standard for yrkesklassifisering, 2013-17 samlet.

[Tallene omtales i artikkelen Røyking og sosial ulikhet](#)

Standard for yrkesklassifisering	Menn		Kvinner	
	Andel	N	Andel	N
Ledere	10,2	1158	11,6	648
Akademiske yrker	6,5	2088	6,3	3011
Høyskoleyrker	9,3	1749	10,3	1209
Kontoryrker	13,2	319	16,5	606
Salgs og serviceyrker	18,7	696	17,3	1629
Bønder, fiskere mv.	16,0	263	11,3	53
Håndverkere	18,0	1109	14,1	85
Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.	21,4	724	23,3	103
Renholdere, hjelpearbeidere mv.	15,4	214	17,4	287
Militære yrker og uoppgitt	15,7	254	9,8	153

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell H1. Prosentandel som oppgir å bruke snus daglig eller av og til i aldersgruppen 16-74, 1985-2017. Treårig glidende gjennomsnitt

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av snus i Norge](#)

År	Menn		Kvinner		Totalt	
	Daglig	Av og til	Daglig	Av og til	Daglig	Av og til
1985	3,2	4,0	0,1	0,6	1,7	2,1
1986	3,3	3,9	0,1	0,5	1,7	2,0
1987	2,8	3,9	0,1	0,2	1,4	2,0
1988	2,7	3,5	0,1	0,2	1,3	1,8
1989	2,3	3,6	0,1	0,3	1,2	1,9
1990	2,8	3,6	0,1	0,3	1,4	1,9
1991	3,1	3,9	0,1	0,3	1,6	2,1
1992	3,2	4,0	0,2	0,4	1,6	2,2
1993	3,5	4,2	0,2	0,4	1,9	2,3
1994	3,5	4,3	0,2	0,5	1,8	2,4
1995	4,1	4,9	0,2	0,9	2,1	2,8
1996	4,2	5,4	0,2	0,9	2,2	3,1
1997	4,7	5,4	0,2	1,1	2,4	3,2
1998	5,2	5,7	0,2	1,0	2,6	3,2
1999	5,5	5,5	0,2	1,2	2,8	3,3
2000	5,9	6,3	0,3	1,1	3,0	3,6
2001	6,1	5,8	0,3	1,1	3,1	3,4
2002	6,7	6,4	0,5	1,1	3,5	3,7
2003	7,5	6,7	0,6	1,1	3,8	3,9
2004	8,8	7,9	0,6	1,4	4,6	4,6
2005	10,5	7,5	0,5	1,5	5,4	4,4
2006	11,3	7,1	0,6	1,9	5,9	4,4
2007	10,8	6,3	1,1	2,3	5,8	4,3
2008	10,9	6,1	1,4	2,8	6,0	4,4
2009	11,1	6,2	1,5	2,8	6,2	4,4
2010	12,0	6,4	2,2	3,1	7,0	4,7
2011	12,9	6,6	2,9	2,9	7,8	4,7
2012	13,7	6,3	3,3	3,0	8,5	4,6
2013	14,0	6,0	3,6	2,7	8,8	4,3
2014	14,4	5,6	4,1	2,7	9,2	4,1
2015	14,3	5,4	5,3	2,8	9,7	4,1
2016	15,3	5,1	5,7	2,8	10,5	3,9
2017	15,6	5,0	6,1	3,0	10,9	4,0

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell H2: Prosentandel som bruker snus daglig i ulike aldersgrupper, menn, 1985-2017, treårig glidende gjennomsnitt

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av snus i Norge](#)

År	16-24	25-49	50-64	65-74
1985	3,2	2,6	2,7	7,1
1986	4,8	2,4	2,7	6,9
1987	4,7	2,1	2,2	5,4
1988	4,8	1,8	2,1	5,0
1989	4,0	2,0	1,7	2,9
1990	4,1	2,6	1,8	4,6
1991	4,5	3,0	1,7	4,7
1992	4,1	3,3	1,6	5,0
1993	4,2	3,8	1,6	5,1
1994	3,9	3,8	2,2	5,3
1995	5,0	4,8	2,2	5,2
1996	5,2	5,7	2,2	2,5
1997	5,3	6,3	1,6	2,7
1998	4,4	7,5	1,8	2,5
1999	4,9	7,5	2,6	4,1
2000	7,1	7,9	2,6	3,9
2001	9,0	7,2	3,7	3,8
2002	9,0	9,3	3,4	1,5
2003	11,9	10,1	3,5	1,4
2004	14,7	11,5	2,3	0,0
2005	17,0	13,2	4,1	0,0
2006	21,0	14,2	3,9	0,0
2007	19,5	14,4	3,5	2,2
2008	20,4	14,3	4,2	1,9
2009	21,7	14,4	4,4	1,9
2010	24,2	15,2	5,4	1,0
2011	25,2	16,4	6,1	2,0
2012	25,7	17,5	6,6	2,4
2013	25,3	18,2	7,0	2,6
2014	23,9	18,9	7,5	2,7
2015	22,5	18,8	8,3	2,4
2016	23,5	20,4	8,8	2,3
2017	24,7	20,7	9,1	2,1

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell H3: Prosentandel som bruker snus daglig i ulike aldersgrupper, kvinner, 1985-2017, treårig glidende gjennomsnitt

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av snus i Norge](#)

År	16-24	25-49	50-64	65-74
1985	0,6	0,4	0,0	0,0
1986	0,5	0,4	0,0	0,0
1987	0,5	0,4	0,0	0,0
1988	0,5	0,2	0,4	0,0
1989	0,0	0,2	0,4	0,0
1990	0,0	0,2	0,4	0,0
1991	0,0	0,2	0,0	0,0
1992	0,7	0,2	0,0	0,0
1993	0,7	0,4	0,0	0,0
1994	0,7	0,4	0,0	0,0
1995	0,0	0,4	0,0	0,0
1996	0,0	0,3	0,0	0,0
1997	0,0	0,3	0,0	0,0
1998	0,0	0,3	0,0	0,0
1999	0,0	0,3	0,0	0,0
2000	0,0	0,5	0,0	0,0
2001	0,0	0,5	0,0	0,0
2002	1,1	0,6	0,7	0,0
2003	1,1	0,5	0,7	0,0
2004	1,6	0,6	0,7	0,0
2005	1,8	0,6	0,7	0,0
2006	2,2	0,7	0,7	0,0
2007	4,3	1,0	0,7	0,0
2008	5,6	1,1	0,3	0,0
2009	6,4	1,1	0,6	0,0
2010	9,1	1,6	0,5	0,0
2011	11,6	2,4	0,6	0,3
2012	13,2	2,9	0,5	0,3
2013	13,5	3,4	1,0	0,3
2014	13,9	3,9	1,0	0,5
2015	15,4	5,9	1,0	0,6
2016	15,5	6,9	0,8	0,6
2017	15,9	7,6	0,6	0,6

Vedleggstabell H4: Gjennomsnittlig forbruk av "pris" snus pr. dag for daglig brukere av snus i alderen 16-74 år, 2006-2017.

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av snus i Norge](#)

År	Menn	Kvinner	Alle	N menn	N kvinner	N alle
2006	9,7	6,7	9,5	70	3	73
2007	9,6	7,5	9,5	63	4	67
2008	9,6	9,8	9,6	47	8	55
2009	9,1	9,8	9,2	63	8	71
2010	10,6	8,6	10,3	46	8	54
2011	10,9	11,7	11,0	64	18	82
2012	10,4	10,0	10,3	74	21	95
2013	10,2	10,1	10,2	68	16	84
2014	12,1	10,3	11,7	75	24	99
2015	10,1	11,3	10,4	152	47	199
2016	9,9	11,1	10,2	101	41	142
2017	10,2	10,2	10,2	142	38	180

Kilde: FHI/Statistisk sentralbyrå

Vedleggstabell H5: Prosentandel som bruker snus daglig eller av og til i de ulike fylkene i aldersgruppen 16-74 i periodene 2008-2012 og 2013-2017

[Tallene omtales i artikkelen Utbredelse av snus i Norge](#)

	2008-2012	2013-2017
Østfold	10,1	14,1
Akershus	12,5	12,2
Oslo	12,7	16,2
Hedmark	13,2	13,5
Oppland	11,2	14,9
Buskerud	10,9	11,7
Vestfold	10,7	13,3
Telemark	9,2	11,3
Aust-Agder	8,7	10,3
Vest-Agder	10,5	11,5
Rogaland	10,2	12,6
Hordaland	10,1	15,1
Sogn og Fjordane	10,6	10,9
Møre og Romsdal	9,6	12,0
Sør-Trøndelag	14,8	17,3
Nord-Trøndelag	15,0	18,8
Nordland	14,2	16,1
Troms	11,8	15,9
Finnmark	10,8	17,7