

**Evaluering av det offentlige
tobakksforebyggende
arbeidet i Norge 2003-2007**

Rapport 6 fra HEMIL/SIRUS

**Evaluering av helseadvarslene på
tobakkspakkene.**

Elisabeth Larsen, Marianne Lund, Karl Erik Lund
Statens institutt for rusmiddelforskning
SIRUS
OSLO

SIRUS SKRIFTER NR. 6/ 2005
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2005

Evaluering av det offentlige
tobakksforebyggende
arbeidet i Norge 2003-2007

Rapport 6 fra HEMIL/SIRUS

Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene

Elisabeth Larsen, Marianne Lund og Karl Erik Lund

SIRUS SKRIFTER NR: 6/2005
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2005

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 ved en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotika forskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål og tobakksatferd med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er Norges kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkingssenter i Lisboa, EMCDDA.

Instituttet har 35 stillinger hvorav 22 er vitenskapelige, 2 er knyttet til biblioteket, 4 er knyttet til arbeidet med statistikk og dokumentasjon og 6 er administrative stillinger.

Copyright SIRUS

Oslo 2005

ISBN 978-82-7171-277-2

ISSN 1502-8178

SIRUS

P.b. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

Fax: 22 34 04 01

E-post: sirus@sirus.no

Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Forord

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Senter for forskning om helse, miljø og livsstil (HEMIL), Universitetet i Bergen, har fått i oppdrag å evaluere myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer for perioden 2003- 2007. Resultatet vil i hovedsak bli publisert som vitenskaplige artikler i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter. I tillegg vil utvalgte deler av resultatene fortløpende offentliggjøres i en rapportserie der ambisjonene er å presentere funnene på en rask og mer tilgjengelig form enn det som vanlig for vitenskaplig publisering. Den foreliggende rapporten inngår i denne serien. Rapporten er skrevet av Elisabeth Larsen, Marianne Lund og Karl Erik Lund. Verdifulle kommentarer er mottatt fra Jostein Rise (SIRUS) og Rita Lill Lindbak (Sosial- og helsedirektoratet).

Innhold

| | |
|---|----|
| Forord..... | 4 |
| Innhold | 5 |
| 1. Sammendrag | 6 |
| 2. Innledning..... | 8 |
| 2.1 Helseadvarsler på tobakksvarer..... | 8 |
| 2.2 Utvikling av helseadvarsler i Norge..... | 8 |
| 2.3 WHO's rammekonvensjon..... | 11 |
| 2.4 EU-direktiv om advarselsmerking | 11 |
| 3. Perspektiver på utformingen av helseadvarsler | 13 |
| 3.1 Prinsipper relatert til helseadvarslenes innhold | 13 |
| 3.1.1 Promotering av både positive og negative holdninger | 13 |
| 3.1.2 Helserisiko vs. helsegevinst | 14 |
| 3.1.3 Fryktvekkende budskap | 14 |
| 3.1.4 Generelt vs spesifikt helsebudskap..... | 14 |
| 3.2 Prinsipper relatert til hvordan helseadvarslene presenteres | 15 |
| 3.2.1 Visuell form | 16 |
| 3.2.2 Troverdighet..... | 16 |
| 3.2.3 Variasjon | 17 |
| 3.3 Effekt på intensjon og atferd..... | 17 |
| 4. Metode og datamateriale | 19 |
| 5. Resultater | 20 |
| 5.1 Oppmerksomhet | 20 |
| 5.2 Prosessering av innholdet i helseadvarslene..... | 21 |
| 5.3 Responser på de nye helseadvarslene..... | 22 |
| 5.4 Tanker om helseskader | 24 |
| 6. Oppsummering..... | 25 |
| Referanser..... | 26 |
| Vedlegg: figurer og tabeller | 29 |

1. Sammendrag

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har SIRUS evaluert endringen i helseadvarsler på sigarettpakken som ble foretatt høsten 2003. Fra 2004 økte advarselsmerkingens areal til 30 % av pakkens forside og 40 % av pakkens bakside, samtidig med at flere nye tekster ble innført.

Evalueringen viste at det var høy oppmerksomhet rundt tiltaket blant voksne røykere i alderen 16-74 år. 91 % av de spurte hadde lagt merke til en økning i advarselstekstens størrelse. På spørsmål om prosessering, var det 25 % som rapporterte at de leste advarselsteksten godt, mens 66 % sa de ikke hadde lest innholdet i særlig grad. Som reaksjon på advarselsmerkingen oppga 36 % at de aktiverte tanker om røykeslutt, mens 28 % erklærte seg enig i at advarslene hadde gjort dem mer bekymret for egen helse. 41 % trodde at andre røykere ikke hadde eller ville legge merke til de nye helseadvarslene. 23 % syntes advarslene opptok for stor plass på tobakkspakken. En undersøkelse blant ungdom som røykte viste at 73 % betraktet merkingen som troverdig, og 30 % oppga at advarslene reduserte deres lyst på å røyke.

Datamaterialet i denne rapporten er hentet fra Sosial- og helsedirektoratets årlige tobakksundersøkelse 4. kvartal 2003 og 2004, utført av Statistisk sentralbyrå. Det er også anvendt data fra en undersøkelse om røyking blant ungdom gjennomført av Opinion på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet høsten 2004.

1.1 English summary

On behalf of the Directorate for Health and Social Affairs, SIRUS has evaluated the effect of the new format health warnings approved in the autumn of 2003 and brought into force the following year. The amount of space devoted to health warnings increased to thirty per cent on the front and forty per cent on the back of the pack. The design of the warnings was also new.

The evaluation found high levels of awareness among adult smokers (aged 16–74) about the new measure. 91 % of the respondents in the survey noticed that the warnings had grown in size. Responding to a question about how they reacted to the warnings, 25 % said they read them carefully, 66 % had not taken particularly notice. 36 % said the warnings made them think about giving up smoking, and 28 % agreed with the survey statement that the warnings had made them more concerned about their own health. 23 % believed the warnings occupied too much space. In a survey of young smokers, 73 % believed in the veracity of the warnings; 30 % said the warnings reduced the desire to smoke.

The data used in this report originate from the annual tobacco surveys (2003 and 2004) conducted by Statistics Norway for the Directorate for Health and Social Affairs. Other data were obtained from a survey of smoking among adolescents carried out by Opinion for the Directorate for Health and Social Affairs.

2. Innledning

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har i samarbeid med HEMIL-senteret fått i oppdrag å evaluere myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer for perioden 2003-2007. En detaljert beskrivelse av dette prosjektet er tidligere gitt (Aarø & Rise, 2003). Et virkemiddel som ble satt i verk høsten 2003, var innføring av nye og større helseadvarsler på tobakkspakkene.

2.1 Helseadvarsler på tobakksvarer

Helseadvarsler på tobakkspakker inngår som en komponent i en overordnet myndighetsstrategi for å forebygge tobakksskader. Advarslene anses som en kilde for helseinformasjon til forbrukerne, og kommer i tillegg til massemediert helsebudskap. Helsefaremerking på pakkene er en unik overleveringskanal da de kan formidle et budskap i det selve røykeatferden finner sted. Eksponeringshyppigheten av budskapet vil være bestemt av røykingens intensitet.

Helseadvarsler skal advare brukerne om den helsefare de utsetter seg for når de røyker tobakk. Dette kan gjøres ved å gi en generell advarselstekst knyttet til tobakksbruk, men også ved mer spesifikk rettet informasjon for risikogrupper som unge, gravide og hjertesyke. Særlig viktig har det vært å skulle forhindre at unge begynner å røyke. Tekster om helsefarene på tobakkspakkene kan være et tiltak som hindrer røykerekuttering. Slik kan helseadvarsler dermed ha en primærforebyggende effekt.

I tillegg til å fokusere på helserisiko, kan budskapet fokusere på helsegevinster ved opphør av røyking. Teksten kan inneholde hjelp og råd til røykeslutt, og slik ha en sekundærforebyggende funksjon. Eksempler på dette er telefonnummer til Røyketelefonen eller en oppfordring om å søke hjelp til røykeslutt hos helsepersonell.

2.2 Utvikling av helseadvarsler i Norge

Advarselstekster om røykingens betydning for helsen har eksistert på tobakkspakkene i Norge siden 1975, i USA siden 1966. Likevel var Norge tidlig ute med helseadvarsler på tobakkspakkene vedtatt gjennom 'Lov om vern mot tobakksskader' av 1973.

Tobakksskadeloven innebar bl.a. restriktive tiltak som reklameforbud for tobakksvarer, 16 års

aldersgrense for kjøp av tobakk og helsefaremerking på tobakkspakkene (bestemmelsene trådte i kraft 1. juli 1975).

Røykere som fortsatte å røyke etter at helseadvarslene kom i 1975, har bedrevet sin handling ut fra en aksept om at atferden kunne medføre en risiko for tap av egen helse. De har gjort et informert samtykke til fortsatt røyking. I erstatningssammenheng har derfor helseadvarslene gjort det vanskeligere for røykere med tobakksrelaterte sykdommer å vinne fram ovenfor domstolene (NOU 2000: 16).

1984 skjedde det en endring i advarselmerkingen ved at 12 nye tekster ble innført i et rotasjonssystem etter mønster fra Sverige. Samtidig kom nye regler for innholdsdeklarasjon av giftstoffer. Helseadvarslene hadde samme overskrift, dvs. "Daglig sigarettøyking er helsefarlig". Eksempel på underteksten kunne være "Jo mer du røyker, jo større helsefare", eller "Til deg som er ung. Jo tidligere du begynner å røyke, jo større er risikoen for å bli syk". (Bjartveit, 2002). Forslaget ble lansert av Statens tobakkskaderåd allerede i 1977 under sterk protest fra Tobakksindustrien som klarte å få utsatt etableringen i syv år (Bjartveit, 2002b).

Den nyeste generasjonen av advarselstekster ble gradvis innført i løpet av høsten 2003 (med endelig frist for industrien 01.01.04). Merkingen skiller seg ut fra den gamle med en betydelig økning i tekstens størrelse. Tidligere var det krav om at den skulle dekke minst 4 % av pakkens brede sider. Etter de nye reglene skal advarselstekstene dekke minst 30 % av framsiden, og den supplerende teksten minst 40 % av baksiden. Teksten er nå svart med hvit bakgrunn, og plassert i en svart ramme. Merkingen er hjemlet i tobakkskadeloven § 3 og forskrift om innhold i og merking av tobakksvarer §§ 9,10 og 11. Det ble etter 30. september 2003 også forbudt å selge tobakksvarer som ved tekst, navn, eller lignende antydte at et spesielt tobakksprodukt skulle være mindre helseskadelig enn andre.

Tobakkspakkene skal i henhold til forskriften § 10 merkes med følgende advarsler:

a) En av følgende generelle advarsler:

1. Røyking dreper.
2. Røyking er svært skadelig for deg og dine omgivelser.

b) Samt en av følgende supplerende helseadvarsler:

1. Røyking nedsetter levealderen.

2. Røyking fører til forkalking av årene og forårsaker hjerteinfarkt og slag.
3. Røyking fører til dødelig lungekreft.
4. Røyking under graviditeten skader barnet.
5. Vern barn mot tobakksrøyk, ikke la dem puste inn din røyk.
6. Din lege eller ditt apotek kan hjelpe deg med røykeslutt.
7. Røyking er sterkt avhengighetskapende: ikke begynn å røyke.
8. Hvis du slutter å røyke vil du minske risikoen for dødelige hjerte- og lungesykdommer.
9. Røyking kan føre til ein langsam og smertefull død.
10. Få hjelp til røykeslutt – ring Røyketelefonen 800 400 85.
11. Røyking kan redusere blodgjennomstrømminga og føre til impotens.
12. Røyking fører til tidleg aldring av huda.
13. Røyking kan redusere sædkvaliteten og minske fruktbarheten.
14. Røyk inneholder benzen, nitrosaminer, formaldehyd og blåsyre.

Det er stilt krav om at de generelle og supplerende tekstene skal roteres. Tobakksindustrien er selv ansvarlig for å få helseadvarslene trykket. Det er ikke stilt spesifikke krav til hvordan selve roteringen skal foregå ut over at forskriften § 10 femte ledd i.f. sier: ”Advarslene skal alterneres slik at både den generelle og den spesielle advarselen forekommer regelmessig.” Det er ikke kjent hvor ofte hver av de generelle og supplerende helseadvarslene trykkes.

En bieffekt av å øke størrelsen på helsefaremerkingen, er at tiltaket reduserer tobakksindustriens mulighet for å bruke selve sigarettpakken som et reklamemedium i form av synliggjøring av logo, farger m.m. Tidligere hemmeligholdte interne dokumenter fra amerikansk tobakksindustri som har blitt frigitt i forbindelse med rettsforlik, har vist at industrien brukte store ressurser på å finne ut hvordan pakkens utforming kunne tiltrekke seg oppmerksomhet i butikkene, og hvordan pakkens utforming kunne forsyne kjøperen med et ønsket image (Lund & Rise, 2002). Ulike typer design kunne påvirke forbrukeren gjennom ubevisste mentale prosesser. I tillegg har forskning vist at røykerne foretar bevisste valg av bestemte sigarettmerker for å kunne kommunisere et ønsket identitetstrekk. Ved å okkupere store deler av pakkens overflate med advarsler, ville pakkene i redusert grad være i stand til å konnotere et symbolsk innhold. Dette emnet er også aktuelt i forbindelse med forslaget om å innføre ensformighet i form, font og farge på all tobakksemballasje (generic packaging) (Lund & Rise, 2002).

2.3 WHO's rammekonvensjon

Norge ratifiserte 16. juni 2003 WHO's rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader, The Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Gjennom rammekonvensjonen forpliktet partene seg til å beskytte befolkningen mot følgene av tobakksbruk og eksponering for tobakksrøyk. Norge var det første landet som ratifiserte avtalen, og hadde allerede den gangen en lovgivning som var i overensstemmelse med konvensjonen. I rammekonvensjonen er minimumskravet til advarselsmerking at den skal utgjøre 30 % av pakkens overflate, men anbefalingen er at advarslene bør utgjøre 50 % eller mer av pakkens overflate. Advarselsmerkingen gjelder alle tobakksvarer, inkludert kartong.

2.4 EU-direktiv om advarselsmerking

I EU har merking av tobakksvarer tidligere blitt styrt av direktiv 41 fra 1992 (92/41/EØF). 4 % av pakken skulle dekkes med helseadvarsel. Forskning viste imidlertid at helseinformasjonen ikke ble oppfattet som informativ, hadde redusert synbarhet og lav oppmerksomhet (ASH, 1998; Devlin et al., 2005). Et nytt EU-direktiv (2001/37/EC) inneholdt blant annet nye bestemmelser om advarselsmerking. I samsvar med WHO's anbefalinger er kravet nå at helseadvarslene skal dekke minst 30 % av forsiden og 40 % av baksiden av pakkene. Det er utarbeidet 16 ulike helseadvarsler med krav om rotering. Bestemmelsene gjelder tekstadvarsler, men åpner også for muligheten til å innføre bilder som advarselsmerking. Direktivet ble vedtatt i 2001, og medlemslandene måtte innen 30. september 2002 implementere bestemmelsene. Norge er etter EØS-avtalen forpliktet til å oppfylle bestemmelsene i direktivet. Det er - i motsetning til direktivets øvrige bestemmelser - opp til hvert enkelt medlemsland å innføre visualiseringer. Norsk tobakkslovgivning inneholder en hjemmel til å forskriftsregulere bruk av bilder som helseadvarsler. EU har utviklet en database med 42 bilder som hvert medlemsland står fritt til å inkludere sammen med de nye helseadvarslene som ble introdusert i 2003. Grafiske helseadvarsler på tobakksprodukter finner vi i dag i Australia, Canada, Brasil og Thailand¹. Bildene er i farger, og illustrerer blant annet ødelagte lunger som følge av røyking, kreft i munnhulen eller barn som blir utsatt for passiv røyking.

(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/ev_20041022_en.htm)

¹ Belgia vil som første land i Europa innføre obligatorisk merking av sigarettpakkene med bildebaserte helseadvarsler fra 31. mai 2007.

For Norge betyr EU-direktivet at tobakksvarer fra naboland i forbindelse med tax-free salg og grensehandel også er utstyrt med tilsvarende helseadvarsler som i Norge.

Eksempel på de nye advarselstekstene:



3. Perspektiver på utformingen av helseadvarsler.

Effekten av helseadvarsler i det tobakksforebyggende arbeid er i forskningslitteraturen målt og evaluert på ulike måter. Ambisjonen har oftest vært å måle kognitive endringer, affektive endringer og endring knyttet til atferd (Krugman et al., 1999). De kognitive målene refererer gjerne til ulike læringsprosesser rundt oppmerksomhet, kunnskap om og forståelse av helseadvarsler. For eksempel er grad av oppmerksomhet en viktig forutsetning for å kunne vurdere en mulig effekt på holdninger og atferd. Effekter har også blitt målt ut fra helseadvarslenes evne til å aktivere ulike emosjoner, og den påfølgende betydningen disse emosjoner kan ha for holdnings- og atferdsendring. Forskning på advarselstekster har dessuten fokusert på intensjonsmål for atferdsmodifikasjon – hvordan lysten eller motivasjonen endres for å redusere forbruket, slutte å røyke eller avstå fra å begynne. En direkte effekt av helseadvarsler på atferd har vist seg vanskelig å identifisere. Studiene dreier seg derfor i stor grad om de potensielle effektene, og i hvilken grad helseadvarsler kan forvente å gjøre atferdsendring mer sannsynlig (Malouff et al., 1992).

Dette kapitlet vil redegjøre for ulike sosialpsykologiske mekanismer som kan aktiveres ved observasjon av helseadvarsler på tobakksemballasjen, og hvilken betydning de har for å sette i gang endringsprosesser. Virkningene knyttes særlig til to prinsipper; helseadvarslenes innhold og deres presentasjon (Strahan et al., 2002). Prinsippet relatert til innholdet fokuserer på hvordan budskapet i seg selv kan utformes slik at det mest effektivt kan sette i gang endringsprosesser hos observatøren. Prinsippet knyttet til presentasjon dreier seg om betydningen av å legge fram et budskap på ulike måter.

3.1 Prinsipper relatert til helseadvarslenes innhold

3.1.1 Promotering av både positive og negative holdninger

Tradisjonelt har helseadvarslene i stor grad fokusert på risikoen man løper ved å fortsette å røyke. Imidlertid har forskning innenfor atferdsendring vist viktigheten av at budskapet også fokuserer på røykeslutt. Dette har bakgrunn i at selv om personen har en negativ holdning til å fortsette å røyke, kan en samtidig inneha en enda sterkere negativ holdning mot å slutte å røyke. Et viktig strategisk virkemiddel vil her være at helseadvarslene fokuserer både på å styrke positive holdninger til å slutte å røyke, samtidig som de også fokuserer på å styrke negative holdninger til fortsatt røyking (Strahan et al., 2002).

3.1.2 Helseisiklo vs. helsegevinst

Betydningen av positiv informasjon i helseadvarslene blir underbygget i studier av budskap formet enten som tap - for eksempel "røyking øker sjansen for lungekreft" - eller gevinst - for eksempel "ved å slutte å røyke reduserer du faren for å få lungekreft". Empiriske undersøkelser har blant annet vist at et ellers likt betydningsinnhold kan ha ulik effekt ved enten å fokusere på helsegevinst ved å slutte, alternativt ved å fokusere på tap eller kostnad ved å fortsette å røyke (jf prospektteori, Kahneman & Tversky, 1979). Hvor effektive de ulike typene budskap er i å endre holdninger og atferd, avhenger imidlertid av settingen de opptrer i. Flere faktorer kan være avgjørende, bl.a. mottakernes motivasjon til å endre atferd (Strahan et al., 2002). I det tobakksforebyggende arbeidet kan det derfor være hensiktsmessig å bruke flere ulike typer utforminger av advarslene der både fordelene ved å slutte og kostnadene ved å fortsette adresseres.

3.1.3 Fryktvekkende budskap

En type tapsorientert budskap er relatert til frykt, og med introduksjonen av de visualiserte helseadvarslene som viser fargebilder av ødelagte lunger og kreft i munnhulen, har fryktvekkende budskap fått fornyet relevans på området. Ideen er at innholdet skal fremkalle en negativ emosjonell spenning, og at denne tilstanden oppleves som så ubehagelig at mottaker blir motivert til å lete etter måter å kvitte seg med denne spenningen. Essensielt er imidlertid at røykere som blir eksponert for fryktbudskapet, og som opplever dette som alvorlig og personlig relevant, samtidig mottar råd og veiledning om hvordan den framsatte trusselen kan unngås. I dette tilfellet opplyse om hvor råd om røykeslutt kan oppsøkes, eller vise hensiktsmessige selvadministrerte framgangsmåter (Witte, 1992). I Canada er dette gjennomført ved at innsiden av pakkene er utstyrt med råd om røykeslutt, og henvisning til en webside med informasjon om ulike metoder for røykeslutt (Strahan et al., 2002). Betydningen av fryktvekkende budskap for endring i holdninger og røykeatferd er empirisk underbygget (Wakefield et al. 1999).

3.1.4 Generelt vs spesifikt helsebudskap.

Et problem med de første helseadvarslene var at de var for generelle og manglet personlig relevans for mottakerne (Fischer et al. 1993). Forskning viser at et spesifikt helsebudskap har større effekt enn et generelt helsebudskap, og et helsebudskap som oppleves som personlig relevant for observatøren vil ha betydning for hvordan denne responderer på budskapet (Strahan et al., 2002). I tråd med dette har egne erfaringer eller kunnskap vist seg å være av

betydning for hvordan man forholder seg til budskapet. For eksempel viser en studie at helseadvarsler som fokuserte på risiko for lungekreft hos ikke-røykere ble vurdert som lite troverdig av både unge og voksne røykere (Health Canada, 1996). En mulig forklaring kan være manglende kunnskap om faren ved passiv røyking. Likeledes er det argumentert med at helseadvarsler som fokuserer på helserisiko forbundet med røyking kan ha en begrenset effekt på unge røykere fordi de i mindre grad vil føle advarselen som personlig relevant (Strahan et al., 2002). Unge røykere har dessuten en tendens til å neddiskontere en lav nåverdi på framtidig helsestatus fordi de er nåtidsorientert (Krugman et al., 1994). Unge røykere vil i større grad påvirkes av for eksempel argumenter om øyeblikkelige negative sosiale konsekvenser av sin røyking (Strahan et al., 2002). Roterings av ulike typer helseinformasjon skreddersydd for bestemte målgrupper er derfor et tiltak som kan øke sjansen for at budskapet kan initiere en endringsprosess, da ulike segment av røykere kanskje vil finne minst én tekst de oppfatter som personlig relevant.

Helseadvarsler som fokuserer på umiddelbare helsemessige konsekvenser av røyking forventes derimot å ha en god effekt hos hele målgruppen. For eksempel viser en evaluering av grafiske helseadvarsler med teksten "Smoking leaves you breathless", kombinert med bilde av en mann med oksygenmaske, at budskapet skåret høyt på troverdighet. Teksten fokuserer på en helsekonsekvens mange røykere har erfart og det argumenteres med at advarsler som fokuserer på umiddelbare helseeffekter i større grad blir sett på som troverdig og personlig relevant fordi de selv kan knytte det til egne erfaringer hos mottakeren (EHRP & CTCR, 2002).

3.2 Prinsipper relatert til hvordan helseadvarslene presenteres

I diskusjonen om betydningen av helseadvarslenes utforming eller presentasjon, kan ett sett viktige prinsipper utledes fra "the elaboration likelihood model" (ELM) (Petty & Cacioppo, 1986). Modellen anfører at dersom mottakeren er motivert og i stand til å gå grundig gjennom budskapet, er styrken på argumentene avgjørende for om man blir overbevist eller ikke (den sentrale rute). I andre tilfeller hvor det ikke foreligger et motivasjonsgrunnlag hos observatør (kanskje er ikke emnet personlig relevant eller omgivelsene er for distraherende til at man kan gå nøye inn på innholdet) fremholder modellen at enkle karakteristika ved innholdet - eller kontekstuelle momenter - blir avgjørende for om budskapet blir akseptert (den perifere rute). Det kan forventes at folk eksponeres for helseadvarslene under mange ulike forhold, og i tråd

med ELM vil det således være en fordel om det i utformingen legges vekt på komponenter som kan influere til prosessering på ulike nivåer.

3.2.1 Visuell form

Et eksempel på hvordan presentasjonen av advarselstekstene påvirker til prosessering på ulike nivå, er betydningen av visuelle uttrykk. Ved for eksempel å fremstille helseadvarslene i sterk oransjefarge - som gjerne assosieres med fare - kan mottakere som ellers ikke er motivert til å prosessere budskapsinnholdet likevel få fareassosiasjoner (Strahan et al, 2002). For observatører som er motivert for budskapsprosessering, vil fargen gi fareassosiasjoner i overensstemmelse med budskapet i teksten. Fargen øker muligheten for at helseadvarslene aksepteres, og kan dermed ha innflytelse på holdning og påfølgende atferd.

Studier har dessuten vist at helseadvarslenes visuelle form har betydning for grad av oppmerksomhet. I en eksperimentell studie ble gamle og nye helseadvarsler testet for grad av leselighet, målt ut fra den avstanden det var mulig å lese helseadvarslene på. Størrelsen på teksten var den viktigste faktor for leselighet, men det ble også avdekket at svart tekst på hvit bakgrunn var lettere å lese sammenlignet med det motsatte (Nilsson, 1999). Et annet poeng kan hentes fra en empirisk undersøkelse i Canada etter introduksjonen av bilder på helseadvarslene, der det blant annet ble rapport om høy grad av oppmerksomhet. 70 % gjenkjente korrekt tre grafiske helseadvarsler. Den kognitive prosesseringen var også høy idet 93 % hadde lest helseadvarselen minst en gang, mens 44 % hadde lest helseadvarselen som var plassert som et vedlegg på innsiden av pakken (Hammond et al., 2003).

3.2.2 Troverdighet

Også avsenderen av helseadvarslene kan ha betydning for grad av prosessering og dekodning av budskap. Dette henger sammen med troverdighet (Atkin, 2001). Vurderingen av troverdighet blir gjerne knyttet til om informasjonen kommer fra en samfunnsaktør som innehar ekspertise, tillit og autoritet. De første helseadvarslene i Norge ble merket med Helsedirektoratet. Dagens tekster har Sosial- og helsedirektoratet som avsender. I tråd med prinsippene i ELM kan det være mulighet for at en avsender med høy troverdighet påvirker mottakere med lavt motivasjonsgrunnlag til å prosessere innholdet. For eksempel vil de fleste observatører kunne vite hvilke verdier Sosial- og helsedirektoratet har i forbindelse med tobakk, og ved registrering av avsender kan dette i seg selv aktivere en tankeprosess om faren ved å røyke – særlig hvis man tilegger avsenderen autoritet og har aksept for avsenders

verdisyn. For observatører som i utgangspunktet er høyt motivert for å vurdere selve tekstinnholdet, vil positive assosiasjoner til avsender øke grad av budskapsakseptering.

En canadisk studie viser en sammenheng mellom helseadvarslenes størrelse og vurdering av troverdighet. Jo større areal helseadvarselen legger beslag på av sigarettpakkene overflate, jo mer troverdig vurderte mottakerne budskapet (Health Canada, 1999). Et annet poeng er at store helseadvarsler også gjør det vanskeligere for røykere som ønsker å unngå informasjon om helserisiko.

3.2.3 *Variasjon*

En stor utfordring i utformingen av helseadvarslene er å tiltrekke seg oppmerksomhet fra røykere og røykedebutanter. De første evalueringsstudiene konkluderte med at oppmerksomheten rundt den da eksisterende helsefaremerkingen var dårlig (Fischer et al., 1993), og følgelig kunne det ikke forventes at budskapet ville starte en influeringsprosess i målgruppen. Det ble anført at den manglende effekten kom som følge av at folk var blitt overeksponert for helseadvarslene, eller at de var brukt opp (jf "wear-out hypotesen"). Dette er et problem for alle typer budskap som jevnlig presenteres over tid. Når samme budskap mottas mange ganger, avtar effekten etter hvert som mottakeren blir eksponert.

Manglende oppmerksomhet kunne også skyldes helseadvarslenes utforming. Teksten var liten og hadde en ugunstig plassering på siden av tobakkspakkene. Det ble imidlertid dokumentert økt oppmerksomhet rundt helseadvarslene når disse ble endret. Dette ble både registrert i tobakksannonser der gamle helseadvarsler ble erstattet med nye (Fischer et al., 1993), og når nye og større tekstbaserte helseadvarsler ble introdusert på sigarettpakkene. I det siste tilfellet ble det registrert en økning i andelen som rapporterte at de hadde lest advarslene fra 37 % til 66 % (Borland, 1997). Dette underbygger betydningen av variasjon både mht innhold og presentasjon.

3.3 Effekt på intensjon og atferd

Tidligere studier har konkludert med at helseadvarsler generelt sett er bedre egnet til å informere forbrukere framfor å overtale til atferdsendring (Steward & Martin, 1994), og det finnes få studier som har sett på helseadvarslers effekt på faktisk atferdsendring, dvs. røykeslutt, slutforsøk og reduksjon av røykekonsum (Hammond et al., 2003). Det er også argumentert med at det ikke er mulig å isolere effekten av helseadvarslene fra andre

informasjonskilder (USDHHS, 1989: 485). Imidlertid viser en studie fra Australia at det ved introduksjonen av nye og større helseadvarsler økte andelen som hadde unnlatt å røyke en sigarett fra 7 % til 14 % som en direkte følge av de nye helseadvarslene (Borland, 1997). Dette ble også rapportert i en canadisk studie fra 2001, der 21 % av de spurte avstod fra å tenne seg en (neste) sigarett på bakgrunn av de nye helseadvarslene². Samme studie viste at 38 % av de som gjennomførte et røykeslutforsøk oppga at de nye helseadvarslene var en motivasjonsfaktor. En annen canadisk studie viser dessuten at røykere som hadde lest, tenkt på og diskutert de nye helseadvarslene, hadde større sannsynlighet for røykeslutt, slutforsøk og røykereduksjon i oppfølgingsstudien tre måneder etterpå (Hammond et al., 2003). Det er antydning at den gruppen hvor en i størst grad kan forvente mulig effekt av helseadvarsler på atferdsendring, er blant de som allerede planlegger røykeslutt (Willemsen, 2005). Det foreligger imidlertid ikke grunnlag til å trekke kausale slutninger. Et vesentlig spørsmål er under hvilke forhold og blant hvilke typer av røykere helseadvarsler kan forventes å påvirke intensjon og atferd.

² http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_334419_436465_langId-en,00.html. 19.01.2006

4. Metode og datamateriale

Datamateriale brukt i denne rapporten er hentet fra Sosial- og helsedirektoratets årlige tobakksbruksundersøkelse 4. kvartal 2003 og 2004, utført av Statistisk sentralbyrå. Det gjennomføres kvartalsvise undersøkelser hvert år, og fjerde kvartal inneholder et stort spørsmålsbatteri om tobakk. Undersøkelsen består av et landsrepresentativt utvalg av personer over 16 år. I denne rapporten er analysene kjørt samlet for årene 2003 – 2004 med til sammen 2543 respondenter i aldersgruppa 16-74 år (hhv 1 261 personer i 2003, og 1 282 personer i 2004).

Spørsmål om helseadvarsler ble stilt til alle røykerne i utvalget – både dagligrøykere og av-og-til-røykere – til sammen 903 personer. Inklusjonskriteriet var røykere som hadde observert endringer i helseadvarslenes størrelse. 802 personer svarte bekreftende på dette. Disse ble videre bedt om å besvare spørsmål om reaksjoner på helseadvarslene; om helseadvarslene hadde medført bekymring, tanker om å slutte å røyke, om de trodde andre ville legge merke til helseadvarslene og en vurdering av de nye helseadvarslenes størrelse. Respondentene fikk dessuten spørsmål om når i røykeprosessen de tenkte på helseskader.

I tillegg ble det anvendt data fra en ungdomsundersøkelse om røyking gjennomført av Opinion høsten 2004 på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Undersøkelsen var et ledd i evalueringen av det offentlige tobakksforebyggende arbeid i Norge 2003-2007, gitt i oppdrag til HEMIL-senteret og SIRUS. Totalt deltok 2 400 respondenter i aldersgruppen 16-20 år. Dagligrøykere og av-og-til-røykere – til sammen 714 personer – fikk spørsmål om sine reaksjoner på helseadvarslene og ble bedt om å vurdere advarslenes troverdighet.

Resultatene er presentert med frekvensfordeling, gjennomsnittsmål og forskjeller mellom gjennomsnitt. Styrken på sammenhengen mellom uavhengige og avhengige variabler er målt ved bruk av etakoeffisienter.

5. Resultater

5.1 Oppmerksomhet

Undersøkelsen i 2004 viste at 37 % av den voksne befolkning i Norge røykte enten daglig (26 %) eller av og til (11 %). Dette tilsvarer om lag 1 350 000 personer, og utgjør den viktigste målgruppa for helseadvarslene. Alle kjøpere av tobakk blir i utgangspunktet eksponert for helseadvarslene, og et mål på fungeringsevne er i hvor stor grad de blir lagt merke til (Kraft & Rise, 1988). Røykerne ble bedt om å vurdere riktigheten av seks påstander:

- a) *Det har nå kommet bilder av helseskader på tobakkspakkene*
- b) *Det er nå kommet helseadvarsler på begge sider av tobakkspakkene*
- c) *Alle tobakkspakkene er nå ensfarget*
- d) *Det har kommet større helseadvarsler på tobakkspakkene*
- e) *Det selges nå bare 20-pakninger med sigaretter*
- f) *Det er nå samme type bokstaver i alle produktnavn*

Av påstandene var det bare alternativ d) som medførte riktighet, "Det har kommet større helseadvarsler på tobakkspakkene". 91 % av røykerne svarte riktig, jf tabell 1. Disse ble sluset videre til spørsmål relatert til opplevelsen av de nye helseadvarslene, jf figur 1. Det ble ikke registrert signifikante forskjeller i oppmerksomhet mellom ulike befolkningssegment (alder, kjønn, utdanning og røykestatus). Tidligere empiriske undersøkelser, for eksempel Borland & Hill (1997), har registrert noenlunde samme grad av oppmerksomhet rundt endring av helseadvarslenes størrelse.

9 % av respondentene rapporterte galt på hva helseadvarselens endring bestod i. Disse er ikke nødvendigvis uvitende om at det er innført endring i helseadvarslene, men er for eksempel ikke i stand til å huske hva denne har vært. Hele 20 % svarte feilaktig bekreftende på at helseadvarslene nå ble presentert med bilder på sigarettpakkene. Denne misforståelsen kan skyldes diskusjonen som har versert i media om en mulig innføring av bilder på sigarettpakkene i Norge og EU, etter modell fra Canada og Australia.

At flesteparten av røykerne i undersøkelsen legger merke til de nye helseadvarslene er essensielt for en mulig influeringsprosess. Å fange målgruppas oppmerksomhet kan ha direkte betydning for mulige endringer i holdninger og atferd. Den høye bevisstheten om utvidelsen

av størrelsen på helseadvarslene kan ha sammenheng med at merkingen hadde vært uforandret de forutgående 20 årene. Tidligere studier har vist betydningen av variasjon (jf. ”wear-out hypotesen” Strahan et al., 2002) for å unngå tretthet og lav oppmerksomhet i målgruppa.

5.2 Prosessering av innholdet i helseadvarslene

Som et mål på hvor godt innholdet i helseadvarslene ble prosessert, fikk respondentene spørsmålet ”Når du kjøper en ny tobakkspakke, hvor godt leser du helseadvarselen?” Svarene skulle avgis på en skala fra 1 ”ikke i det hele tatt”, til 7 ”svært godt”. 25 % svarte at de leste helseadvarslene godt (verdi 5, 6 eller 7 på svarskalaen), mens 66 % oppga at de ikke leste dem i særlig grad (verdi 1, 2 eller 3 på svarskalaen), jf. tabell 2. Kvinner og av-og-til-røykere rapporterte at de leste advarslene best. Røykere med intensjoner om å slutte innen 6 måneder hevdet at de leste advarslene bedre enn de uten slutteintensjoner, jf. tabell 3. Det var ingen signifikante forskjeller i gjennomsnittskåre mellom de ulike utdanningsgruppene, aldersgruppene og om man rapporterte å ha slutteintensjoner om 30 dager eller ikke.

Resultatene viste altså at en fjerdedel av røykerne leser innholdet i budskapet relativt godt, noe som er et nødvendig grunnlag for at selve advarselsteksten skal kunne påvirke til holdnings- og atferdsmodifikasjon direkte. Et problem med denne studien er imidlertid at det ikke foreligger data på grad av oppmerksomhet og prosessering før introduksjonen av de nye advarslene. Det er dermed ikke mulig å evaluere om endringene i helseadvarslenes størrelse har hatt betydning for hvor godt mottakerne rapporterer å lese innholdet. Tidligere studier har imidlertid vist en positiv sammenheng mellom endring i helseadvarslene og evnen til å gjenkalle innholdet i advarslene (Fischer et al., 1993). Ulike typer variasjon av budskapet kan være med på å minske overeksponeringsproblemet, og bidra til at mottakerne i større grad legger merke til og husker innholdet. Det er i litteraturen antydning at det å lese og å tenke på helseadvarslene først og fremst bør søkes blant respondenter som allerede har intensjoner om å slutte å røyke (Hammond et al., 2003; Willemsen, 2005). Et problem er imidlertid at det ikke foreligger data som indikerer retningen på sammenhengen. Dette problemet er også virksomt i vår tverrsnittstudie.

Resultatet antyder at en relativt stor andel av røykerne (66 %) ikke leser tekstene slik de nå fremstår. I tråd med ”The elaboration likelihood model” (Petty & Cacioppo, 1986) kan det imidlertid argumenteres for at andre sider ved budskapet enn selve advarselsteksten kan virke

overtalende. En mulighet er å legge vekt på enkle karakteristika i den kontekst helseadvarslene fremstår. For eksempel kan avsenderen, Sosial- og helsedirektoratet, tydeliggjøres. I dag er påskriften ”Sosial- og helsedirektoratet” satt utenfor rubrikken advarselsteksten er plassert i, og med betraktelig mye mindre skrift enn resten av teksten (jf. bilder s. 12). Dersom mottakerne i den aktuelle målgruppa er kjent med deres tobakksforebyggende arbeid og institusjonen registreres som avsender, kan dette i seg selv være med å skape en assosiasjon om helsefarene ved å røyke, uavhengig av innholdet i selve advarselsteksten. Dersom avsenderen samtidig anses å ha høy kredibilitet, kan det starte endringsprosesser. Å tydeliggjøre avsender kan være en nyttig strategi for å påvirke en større andel av målgruppa.

Ettersom de fleste røykere ikke leser helseadvarslene godt, kan det være aktuelt å bruke bilder eller farger som virkemiddel. Dette kan influere på andre måter enn tekst, samtidig som en variasjon mellom tekst og bilde vil motvirke ”wear out effekten”. Argumentet underbygges i en canadisk studie der det er lagt vekt på å ta i bruk flere ulike typer grafiske advarselstekster (Hammond et al., 2003). Studien viste liten ”wear out effekt” ca ett år etter introduksjonen av nye advarsler på sigarettpakkene.

5.3 Responser på de nye helseadvarslene

Type respons på de nye helseadvarslene ble forsøkt målt ved å la respondentene ta stilling til fire påstander:

”De nye helseadvarslene på tobakkspakkene får meg til å tenke på å slutte å røyke”

”Jeg tror de fleste ikke legger merke til de nye helseadvarslene på tobakkspakkene”

”De nye helseadvarslene på tobakkspakkene har gjort meg mer bekymret for egen helse”

”Jeg mener de nye helseadvarslene tar for mye plass på tobakkspakkene”

Deltakerne ble bedt om å vurdere påstandene på en skala fra 1) helt enig til 7) helt uenig. På spørsmål om de nye helseadvarslene aktiverte tanker om røykeslutt, erklærte 36 % at de var enige (verdi 5-7), jf. tabell 4. 28 % rapporterte at helseadvarslene hadde gjort dem mer bekymret for egen helse (verdi 5-7). Tabell 5 og 6 viser hvordan skåre på variablene varierer etter ulike bakgrunnsvariabler. Kvinner rapporterte i større grad at advarslene aktiverte tanker

om røykeslutt, det samme gjaldt av-og-til-røykere, respondenter med slutteintensjoner om 6 måneder og respondenter i aldersgruppen 35-54 år. Det ble derimot ikke observert signifikante forskjeller mellom utdanningsgrupper, ei heller mellom røykere med og uten slutteintensjoner om 30 dager.

Kvinner rapporterte i større grad at de ble bekymret som følge av de nye advarslene, og det samme gjaldt respondenter med slutteintensjoner de neste 6 månedene. Det var derimot ingen signifikante forskjeller mellom personer fordelt etter røykestatus, utdanningslengde, aldersgruppe eller slutteintensjoner de neste 30 dager.

I relasjon til det tobakksforebyggende arbeid var det også negativ rapportering av responser på de nye advarslene. 41 % svarte at de trodde folk ikke ville legge merke til de nye helseadvarslene (verdi 5-7 på 7-punkts skala). 23 % mente helseadvarslene tar for stor plass på sigarettene (verdi 5-7 på 7-punkts skala). Også andre studier har rapportert om forventede negative responser, men effekten har vist seg å bli svakere over tid (Willemsen, 2005).

5.3.1 Respons blant ungdom

Undersøkelsen blant ungdom inneholdt to spørsmål knyttet til reaksjoner på helseadvarslene. Respondentene ble for det første bedt om å ta stilling til påstanden ”Merking av røykpakkene med helseadvarslere gjør at jeg får mindre lyst til å røyke” på en skala fra 1 ”helt enig” til 5 ”helt uenig”. Blant røykere var 30 % helt eller ganske enig i denne påstanden (verdi 1 eller 2 på skalaen), mens 60 % var helt eller ganske uenig (verdi 4 eller 5 på skalaen), jf. tabell 7. De ble også bedt om å ta stilling til påstanden ”Helseadvarslene på røykpakkene virker troverdige” målt på en skala fra 1 ”helt enig” til 5 ”helt uenig”. Her oppga 73 % av røykerne at de var helt eller ganske enig i dette (verdi 1 eller 2 på skalaen), mens 18 % var helt eller ganske uenig (verdi 4 eller 5 på skalaen) i at helseadvarslene var troverdige, jf. tabell 8.

Det ble undersøkt om gjennomsnittsskårene varierte etter bakgrunnsvariablene kjønn og røykestatus. Som vist i tabell 9 rapporterte av-og-til-røykere i større grad at helseadvarslene medførte at de fikk mindre lyst til å røyke enn dagligrøykerne, mens det var ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene. Det samme mønsteret viste seg i spørsmålet om helseadvarslene ble oppfattet som troverdige, av-og-til-røykere rapporterte i større grad at de ble oppfattet som troverdige, mens det ikke var noen signifikant forskjell mellom kjønnene, jf. tabell 10.

5.4 Tanker om helseskader

I undersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå blant voksne røykere, ble det også forsøkt målt når i røykeritualet respondentene eventuelt overveide mulighetene for framtidig helseskader. Alternativene var ved innkjøpsprosedyren, ved forsyning fra pakken, ved opptenning og etter avsluttet røyking. På en skala fra (1) ”svært sjelden” til (7) ”svært ofte” skulle røykerne tilkjenne sine svar.

Det var høyest gjennomsnittskåre for helserelatert kontemplasjon idet sigarettene ble innkjøpt, jf. tabell 11. Dette mønsteret gjorde seg gjeldende uavhengig av alder, kjønn, utdanningslengde og røykestatus.

En konsekvens kan være å forsøke å tydeliggjøre advarselstekstene i større grad på innkjøpsarenaen. For eksempel kan hyllestativene som inneholder sigarettpakker eller plastkort som anvendes i sigarettautomatene utstyres med helseadvarsler. Det er imidlertid ikke klart om en slik strategi vil ha betydning for faktisk holdnings- og atferdsendring, og en eventuell sammenheng bør undersøkes empirisk.

6. Oppsummering

Undersøkelsen viste at flesteparten av røykerne, 91 %, hadde registrert at helseadvarslene var blitt større. 25 % rapporterte at de leste innholdet i helseadvarslene godt, mens 66 % hevdet de ikke leste tekstene i særlig grad. 36 % sa at de nye helsefaremerkene aktiverte tanker om røykeslutt, og 28 % mente at de har vakt bekymring. Også negative responser ble registrert i relasjon til det tobakksforebyggende arbeid. 41 % trodde folk ikke vil legge merke til de nye helseadvarslene, mens 23 % mente de tar for stor plass på sigarett pakkene.

Undersøkelsen blant ungdom viste at 30 % var enige i at merking av røykpakkene gjør at de får mindre lyst til å røyke, mens 73 % svarte at helseadvarslene er troverdige.

Referanser:

ASH (1998). Action on smoking and health. Press releases.

www.ash.org.uk/html/press/981027.html

Atkin, C. (2001). Theory and principles of media health campaigns. In Rice, R. & Atkin, C. (Eds). Public communication campaigns. London, Sage Publications, 2001, 49-68

Bjartveit K. (2002). Kampen mot tobakkskadene – hva gjorde staten? Noen hovedtrekk fra årene 1964-93. Sosial- og helsedirektoratet, avdeling tobakk.

Bjartveit K. (2002b). Hvordan vokste erkjennelsen frem om de dødelige konsekvensene av tobakksrøykingen? Utviklingen fra 1950 til 1975. Utenrettslig erklæring. Sak nr 2002/753 sivil sak ved Norges høyesterett.

Borland R (1997). Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*; 11: 1427-1435.

Borland, R. & Hill, D. (1997). Initial impact of the new Australian tobacco health warnings on knowledge and beliefs. *Tobacco Control*; 6:317-325

Devlin, E., Anderson, S., Hasting, G. & MacFadyen, L. (2005). Targeting smokers via tobacco product labelling: opportunities and challenges for Pan European health promotion. *Health Promotion International*; 20: 41-49.

European Health Research Partnership and Centre for Tobacco Control Research, 2002. Research into the labelling of tobacco products in Europe. Research report submitted to the European Commission, December

Fisher, P., Krugman, D., Fletcher, J., Fox, R. & Rojas, T. (1993) An evaluation of health warning in cigarette advertisement using standard market research methods: what does it mean to warn? *Tobacco Control*; 2: 279-285

Fisher, P., Krugman, D. & Fletche, J. (1993). An evaluation of health warnings in cigarette advertisements using standard marketing research methods: what does it mean to warn? Tobacco Control; 2: 279-85

Hammond, D., Fong, G., McDonald, P., Cameron, R. & Brown, K.(2003). Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. Tobacco Control, 12: 391-395

Health Canada (1999). Effects of increasing the area occupied by health warnings on cigarette packages. Report. Office of tobacco control

Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). A prospect theory: an analysis of decisions under risk. Econometrica,47: 263-91

Kraft, P.& Rise, J. (1988). Public awareness and acceptance of an HIV/AIDS information campaign in Norway. Health education research, 3, 31-39

Krugman, D., Fox, R. & Fisher, M.(1999) Do Cigarette Warnings Warn? Understanding what it will take to develop more effective warnings. Journal of Health Communication; 4: 95-104

Krugman, D., Reid, L., Dunn, S. & Barban, A. (1994) Advertising: Its role in modern marketing. Forth Worth, TX: The Dryden Press

Lund, K. & Rise, J. (2002). En gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet.

Malouff, J., Schutte, N., Frohardt, M., Deming, W. & Mantelli, D. (1992). Preventing Smoking: Evaluation the Potential Effectiveness of Cigarette Warnings. The Journal of Psychology; 126: 371-383.

Nilsson, T. (1999). Legibility and visual effectiveness of some proposed and current health warnings on cigarette packages. Report. Health Canada – UPEI Legibility Testing Laboratory. Health Canada.

NOU 2000:16. Tobakksindustriens erstatningsansvar.

Petty, R. & Cacioppo, J. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. In Berkowitz, L. (ed). *Advances in experimental social psychology*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 123-205

Steward, D. & Martin, I. (1994). Intended and Unintended Consequences of Warning Messages: A Review and Synthesis of Empirical Research. *Journal of Public Policy and Marketing*; 13: 1-19.

Strahan, E., White, K. Fong, G., Fabrigar, L., Zanna, M. & Cameron, R. (2002). Enhancing the Effectiveness of Tobacco Package Warning Labels: A social psychological perspective. *Tob Control*; 11: 183-190

US Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General, 1989. US Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989

Wakefield, M., Freeman, J. & Boulter, J. (1999). Changes associated with the national tobacco campaign. Pre and post campaign surveys compared. In K. Hassard (ed) *Australia's national tobacco campaign. Evaluation report volume one*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Age Care

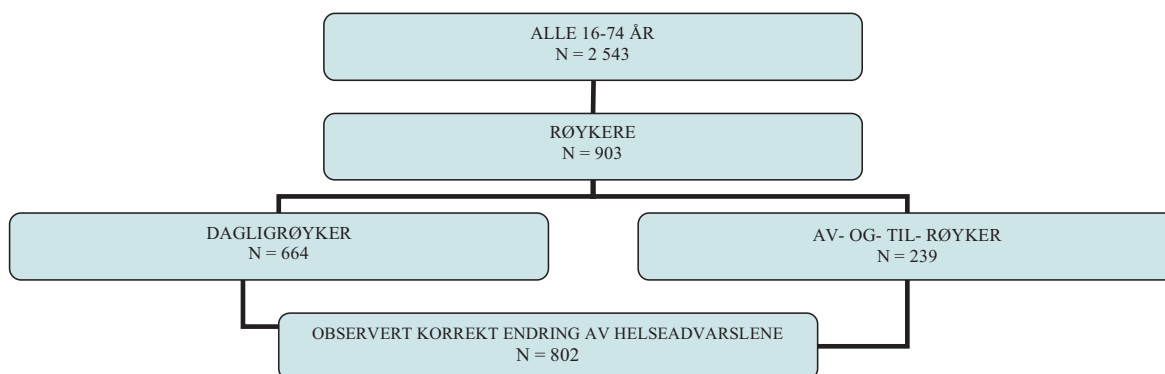
Willemsen, M. (2005). The new EU cigarette health warnings benefit smokers who want to quit the habit: results from the Dutch Continuous Survey of Smoking Habits. *European Journal of Public Health*, 15 (4), 389-392

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication monographs*, 61, 113-134

Aarø, L. & Rise, J. (2003). Evaluering av den samlede innsatsen i det tobakksforebyggende arbeidet i perioden 01.01.2003- 31.12.2007. HEMIL /SIRUS. Prosjektbeskrivelse. Bergen/Oslo.

Vedlegg: figurer og tabeller

Figur 1:



Tabell 1:
Oppmerksomhet rundt de nye helseadvarslene på tobakksplakkene. Blant dagligrøykere og av og til røykere.

| | % | n/N |
|---|----|---------|
| a) Det har nå kommet bilder av helseskader på tobakksplakkene | 20 | 179/877 |
| b) Det har nå kommet helseadvarsler på begge sider av tobakksplakkene | 86 | 756/876 |
| c) Alle tobakksplakkene er nå ensfarget | 15 | 132/867 |
| d) Det har kommet større helseadvarsler på tobakksplakkene | 91 | 802/883 |
| e) Det selges nå bare 20-pakninger med sigaretter | 8 | 69/839 |
| f) Det er nå samme type bokstaver i alle produktnavn | 20 | 153/775 |

Tabell 2:
Hvor godt helseadvarslene blir lest. Svarprosent registrert på en 7-punkts skala fra 1 ”ikke i det hele tatt” til 7 = ”svært godt”. Blant dagligrøykere og av og til røykere som har registrert riktig endring av helseadvarslene.

| | Skala: Ikke i det hele tatt | | | | | | Svært godt | % (N) |
|--------------------------|-----------------------------|----|----|---|----|---|------------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| Leser helseadvarslene... | 38 | 17 | 11 | 9 | 11 | 4 | 10 | 100 (794) |

Tabell 3:
Hvor godt helseadvarslene blir lest etter kjønn, alder, utdanning, røykestatus og intensjoner om å slutte å røyke. Enveis variansanalyse.

| | | X | SD | N |
|------------------------------------|----------------------|---------------------|------|-----|
| Alle | | 2,8 | 2,01 | 794 |
| Kjønn | Menn | 2,72 | 2,01 | 407 |
| | Kvinner | 3,04 | 2,05 | 387 |
| | | Eta = 0,08; p<0,05) | | |
| Alder | Yngste, 16-34 år | 2,92 | 1,97 | 295 |
| | Midterste, 35-54 år | 2,91 | 2,08 | 352 |
| | Eldste, ≥ 55 år | 2,70 | 2,08 | 147 |
| | | Eta = 0,04; (is) | | |
| Utdanning | Grunnskole | 3,01 | 2,15 | 121 |
| | Videregående skole | 2,75 | 2,0 | 478 |
| | Universitet/Høgskole | 3,02 | 1,99 | 155 |
| | | Eta = 0,06; (is) | | |
| Røykestatus | Daglig | 2,75 | 2,01 | 585 |
| | Av og til | 3,24 | 2,05 | 209 |
| | | ta = 0,11; p<0,01 | | |
| Slutteintensjoner 6 måneder | ja | 3,04 | 2,1 | 348 |
| | Nei | 2,75 | 1,99 | 434 |
| | | Eta=0,07; p<0,05 | | |
| Slutteintensjoner 30 dager | Ja | 3,37 | 2,16 | 101 |
| | Nei | 2,9 | 2,1 | 239 |
| | | Eta=0,10; (is) | | |

Tabell 4:
Vurdering av ulike påstander knyttet til helseadvarsler på tobakksplakkene. Svarprosent på en 7-punkts skala målt fra 1= "helt uenig" til 7="helt enig". Blant daglig- og av og til røykere som har registrert riktige endringer i helseadvarslene.

| | Skala: Helt uenig | | | | | | Helt enig | % (N) |
|--|-------------------|----|----|----|----|---|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| De nye helseadvarslene får meg til å tenke på å slutte | 33 | 10 | 10 | 11 | 11 | 7 | 18 | 100 (797) |
| De nye helseadvarslene har gjort meg mer bekymret for egen helse | 36 | 15 | 10 | 10 | 11 | 5 | 12 | 100 (796) |
| Jeg tror de fleste ikke legger merke til de nye helseadvarslene | 25 | 11 | 11 | 12 | 16 | 7 | 18 | 100 (788) |
| Jeg mener de nye helseadvarslene tar for mye plass | 51 | 9 | 8 | 9 | 8 | 4 | 11 | 100 (788) |

Tabell 5:
De nye helseadvarslene får meg til å tenke på å slutte etter kjønn, alder, utdanning, røykestatus og intensjoner om å slutte å røyke. Enveis variansanalyse.

| | X | SD | N |
|------------------------------------|----------------------------|------|-----|
| Alle | 3,5 | 2,29 | 796 |
| Kjønn | | | |
| menn | 3,23 | 2,12 | 405 |
| kvinner | 3,80 | 2,32 | 392 |
| | Eta=0,12; F=12,3; p<0,001 | | |
| Alder | | | |
| Yngste, 16-34 år | 3,26 | 2,19 | 297 |
| Midterste, 35-54 år | 3,76 | 2,33 | 353 |
| Eldste, ≥ 55 år | 3,39 | 2,35 | 132 |
| | Eta=0,10; F=4,13; p<0,05 | | |
| Utdanning | | | |
| grunnskole | 3,4 | 2,37 | 121 |
| Videregående skole | 3,49 | 2,3 | 479 |
| universitet/høgskole | 3,58 | 2,21 | 156 |
| | Eta=0,03; F=0,23; (is) | | |
| Røykestatus | | | |
| daglig | 3,39 | 2,23 | 586 |
| av og til | 3,83 | 2,4 | 211 |
| | Eta=0,08; F=5,66; p<0,05 | | |
| Slutteintensjoner 6 måneder | | | |
| ja | 4,32 | 2,31 | 350 |
| Nei | 2,85 | 2,1 | 435 |
| | Eta=0,318; F=88,0; p<0,001 | | |
| Slutteintensjoner 30 dager | | | |
| Ja | 4,65 | 2,37 | 102 |
| Nei | 4,17 | 2,26 | 240 |
| | Eta=0,1; F=3,09; (is) | | |

Tabell 6:
De nye helseadvarslene har gjort meg mer bekymret for egen helse etter kjønn, alder, utdanning, røykestatus og intensjoner om å slutte å røyke. Enveis variansanalyse.

| | X | SD | N |
|------------------------------------|--------------------------|------|-----|
| Alle | 3,1 | 2,14 | 796 |
| Kjønn | | | |
| menn | 2,95 | 2,12 | 406 |
| kvinner | 3,25 | 2,16 | 390 |
| | Eta=0,07; F=3,86; p<0,05 | | |
| Alder | | | |
| Yngste, 16-34 år | 2,92 | 2,07 | 296 |
| Midterste, 35-54 år | 3,27 | 2,20 | 353 |
| Eldste, ≥ 55 år | 3,02 | 2,14 | 141 |
| | Eta=0,08; F=2,22; (is) | | |
| Utdanning | | | |
| grunnskole | 3,09 | 2,19 | 122 |
| Videregående skole | 3,08 | 2,16 | 477 |
| universitet/høgskole | 3,14 | 2,06 | 156 |
| | Eta=0,11; F=0,48; (is) | | |
| Røykestatus | | | |
| daglig | 3,04 | 2,12 | 586 |
| av og til | 3,24 | 2,21 | 210 |
| | Eta=0,04; F=1,37; (is) | | |
| Slutteintensjoner 6 måneder | | | |
| Ja | 3,69 | 2,31 | 350 |
| Nei | 2,60 | 1,92 | 434 |
| | Eta=0,25; F=53,3 p<0,001 | | |
| Slutteintensjoner 30 dager | | | |
| Ja | 3,9 | 2,23 | 101 |
| Nei | 3,6 | 2,26 | 241 |
| | Eta=0,06; F=1,30; (is) | | |

Tabell 7:
Merking av røykpakkene med helseadvarslere gjør at jeg får mindre lyst til å røyke, blant ungdom i alderen 16- 20 år. Svarprosent registrert på en 5-punkts skala målt fra 1 "helt enig" til 5 "helt uenig".

| Skala: | Helt enig | | | | | Helt uenig | % |
|--|-----------|----|----|----|----|------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (N) | |
| Merking av røykpakkene med helseadvarslere gjør at jeg får mindre lyst til å røyke | 15 | 15 | 10 | 17 | 43 | 100 | (713) |

Tabell 8:
Helseadvarslene på røykpakkene virker troverdige, blant ungdom i alderen 16- 20 år.
Svarprosent registrert på en 5-punkttsskala målt fra 1 ”helt enig” til 5 ”helt uenig”.

| Skala: | Helt enig | | | | | Helt uenig | % (N) |
|--|-----------|----|---|---|----|------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Helseadvarslene på røykpakkene virker troverdige | 44 | 29 | 9 | 7 | 11 | 100 | (708) |

Tabell 9:
Merking med helseadvarsler gjør at jeg får mindre lyst til å røyke, etter røykestatus og kjønn blant ungdom i alderen 16-20 år.

| | X | SD | N |
|--------------------|----------------------------|------|-----|
| Røykestatus | | | |
| Dagligrøykere | 4,0 | 1,35 | 430 |
| Av og til røykere | 3,0 | 1,56 | 283 |
| | Eta=0,32; F=79,82; p<0,001 | | |
| Kjønn | | | |
| Mann | 3,69 | 1,51 | 343 |
| Kvinne | 3,50 | 1,52 | 370 |
| | Eta=,06; F=2,83; (is) | | |

Tabell 10:
Helseadvarslene virker troverdige, etter røykestatus og kjønn blant ungdom i alderen 16-20 år

| | X | SD | N |
|--------------------|----------------------------|------|-----|
| Røykestatus | | | |
| Dagligrøykere | 2,38 | 1,44 | 426 |
| Av og til røykere | 1,73 | 1,05 | 282 |
| | Eta=0,23; F=42,36; p<0,001 | | |
| Kjønn | | | |
| Mann | 2,12 | 1,36 | 341 |
| Kvinne | 2,12 | 1,31 | 367 |
| | Eta=0,0; F=0,0; (is) | | |

Tabell 11:
Når i røykeprosessen tenkes det på helseskader. Blant dagligrøykere og av og til røykere som har registrert riktig endring i helseadvarslene.

| | Tenker på helseskader når jeg kjøper sigaretter | | Tenker på helseskader når jeg tar en sigarett fra pakken | | Tenker på helseskader når jeg røyker en sigarett | | Tenker på helseskadene etter avsluttet en sigarett | |
|-------------------------|---|------|--|------|--|------|--|------|
| | X | SD | X | SD | X | SD | X | SD |
| Alle | 3,54 | 2,2 | 3,14 | 2,1 | 3,15 | 2,1 | 3,05 | 2,1 |
| Kjønn | | | | | | | | |
| Menn | 3,23 | 2,13 | 2,83 | 2,02 | 2,86 | 2,0 | 2,79 | 1,99 |
| Kvinner | 3,87 | 2,23 | 3,47 | 2,1 | 3,44 | 2,1 | 3,32 | 2,1 |
| Alder | | | | | | | | |
| Yngste, 16-34 år | 3,28 | 2,06 | 2,92 | 1,91 | 2,93 | 1,9 | 2,93 | 1,9 |
| Midterste, 35-54 år | 3,87 | 2,3 | 3,33 | 2,2 | 3,25 | 2,2 | 3,16 | 2,2 |
| Eldste, ≥ 55 år | 3,4 | 2,23 | 3 | 2,11 | 3,26 | 2,1 | 2,95 | 2,11 |
| Utdanning | | | | | | | | |
| Grunnskole | 3,55 | 2,28 | 3,21 | 2,33 | 3,35 | 2,24 | 3,07 | 2,16 |
| Videregående skole | 3,47 | 2,16 | 3,06 | 2,04 | 3,04 | 2,03 | 3,04 | 2,06 |
| Universitet/Høgskole | 3,76 | 2,3 | 3,28 | 2,1 | 3,33 | 2,07 | 3,04 | 2,01 |
| Røykestatus | | | | | | | | |
| Daglig | 3,49 | 2,15 | 3,1 | 2,03 | 3,17 | 2,02 | 3,08 | 2,07 |
| Av og til | 3,7 | 2,34 | 3,25 | 2,21 | 3,07 | 2,17 | 2,96 | 2,02 |
| Slutteint. 6 mnd | | | | | | | | |
| Ja | 4,37 | 2,15 | 3,93 | 2,1 | 3,83 | 2,11 | 3,76 | 2,16 |
| Nei | 2,89 | 1,95 | 2,52 | 1,84 | 2,59 | 1,84 | 2,48 | 1,82 |
| Slutteint. 30 dg | | | | | | | | |
| Ja | 4,81 | 2,21 | 4,60 | 2,2 | 4,51 | 2,21 | 4,43 | 2,2 |
| Nei | 4,17 | 2,12 | 3,64 | 2,0 | 3,54 | 2,0 | 3,53 | 2,0 |