

SIRUS

SIRUS-RAPPORT 2/2009

Karl Erik Lund

Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon?

Hvilken målsetting tjener de gjenstående røykerne?

Karl Erik Lund

Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon?

Hvilken målsetting tjener de gjenstående røykerne?

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

Copyright SIRUS

Oslo 2009

ISBN 978-827171-319-5

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 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>

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2009

www.07.no

Forord

Under arbeidet med en oppsummeringsrapport fra et evalueringsprosjekt av de statlige tobakkspreventive virkemidlene som ble satt i verk i perioden 2003–2008 (Aarø, Lund, Vedøy, Øverland 2009), var en av undertegnedes oppgaver å skrive et kort avslutningskapittel om de framtidige utfordringene i norsk tobakkspolitikk. Til fortvilelse for mine medforfattere ble det kapitelet aldri noe av. Prosjektet endte isteden opp som denne 80 siders rapporten om skadereduksjon. Mer presist hvorvidt skadereduksjon – overgang til mindre skadelige nikotinprodukter for røykere som ikke kan eller vil slutte med nikotin – bør bli ett tilleggsэлеment i en *framtidig* norsk tobakkspreventiv strategi.

I en årrekke har jeg vært en nøytral men fascinert observatør av den internasjonale skadereduksjonsdebatten. Gradvis har jeg inntatt en betinget støtteposisjon til skadereduksjon – men da som et supplement til de tradisjonelle tobakkspreventive tiltakene. I Norge er det foreløpig få andre på helsesiden som deler dette syn, men i flere internasjonalt toneangivende tobakksfaglige miljø er det sterk støtte til skadereduksjonsideologien. Emnet er imidlertid meget kontroversielt og diskusjonen har til dels foregått i et dårlig debattklima.

For gjennomlesning og forslag til korreksjoner – takk til Jostein Rise, Anne Line Bretteville-Jensen, Gunnar Sæbø, Hilgunn Olsen, Karl-Olov Fagerström, Kathi Sørvig, Pål G Nord og Lars Ramström. En spesiell takk til Janne Oftedal for en nødvendig realitetsorientering omkring et hensiktsmessig formspråk for rapporten; «Fortiter in re, sauviter in modo».

Rapporten er utarbeidet ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) med støtte fra Forskningsrådet som del av prosjekt 190443 ”Tobacco behaviour and the social inequality gap”.

Karl Erik Lund, dr.polit

Forskningsleder

Statens institutt for rusmiddelforskning

April, 2009.

Innhold

Sammendrag.....	9
Rapportens oppbygning	11
1 Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon?.....	12
1.1 Definisjon av skadereduksjon	12
1.2 Hva innebærer skadereduksjon på tobakksområdet?.....	13
1.3 Informerte brukere	14
1.4 Klimaet for skadereduksjonsdebatten.....	17
2 Virkemidlene er oppbrukt – fortsatt høye tapstall	20
2.1 Intensivert bruk av eksisterende virkemidler?	21
2.1.1 Avgiftsinstrumentet.....	21
2.1.2 Adgangsrestriksjoner	22
2.1.3 Kjøpsrestriksjoner.....	23
2.1.4 Markedsrestriksjoner	23
2.1.5 Informasjon	23
2.1.6 Legehonorar for røykeslutt	24
2.2 En komplett politikk, men fortsatt dør mange	24
3 Fra en langsynt til en nærsynt gevinsthorisont i tobakkspolitikken ...	25
4 Nikotinprodukter og regelverk	28
4.1 Ulik problemforståelse i England og Norge	31
4.2 Konkurransen mellom legemiddel- og tobakksindustri	32
5 Kan snus innlemmes som et skadereduserende produkt?	35
5.1 Skadereduksjon på individnivå.....	35
5.2 Skadereduksjon på samfunnsnivå	38
5.2.1 Tobakksrelatert syke- og dødelighet i Sverige.....	39
5.2.2 Bruks- og risiko ekvilibrium	39
5.2.3 Empiriske undersøkelser av gateway-hypotesen	40
5.2.4 Empiriske undersøkelser av snus ved røykeslutt	42
5.3 Kan snus regnes inn blant skadereduserende produkter?	44

6	Fravær av skreddersydde virkemidler for de gjenstående røykerne ...	46
6.1	Hvor stor er den harde kjerne av ubevegelige røykere?	47
6.2	Sosiale gradient og tilpassede tiltak.....	48
6.3	Problematferd og psykiske lidelser blant gjenstående røykere	49
6.4	Føre-var-prinsippet.....	50
7	Ubalanse mellom samfunnsskapt sluttemotiv og assistanse til røykeslutt	51
7.1	Hvilken effekt har nikotinlegemidlene på slutteraten?	52
7.2	Hvilken hjelp tilbys røykerne fra helsepersonell?.....	55
7.2.1	Omfanget av hjelp fra helsepersonell	55
7.2.2	Hvilken effekt har hjelpen fra helsepersonell?	57
8	Skadereduksjon i britisk og nord-amerikansk tobakkspolitikk ...	60
8.1	England	60
8.2	USA.....	62
8.3	Canada.....	62
8.4	New Zealand.....	63
8.5	Skottland	63
8.6	European Respiratory Society (ERS).....	64
9	Skadereduksjonspolitikken må være myndighetslegitimert	65
9.1	Hvorfor ikke la utviklingen fra sigaretter til snus gå upåvirket?	66
10	Konklusjon	68
10.1	Spørsmål for videre debatt	69
	Litteratur	71

Sammendrag

På tobakksområdet har varianter av skadereduksjonsdebatter tidligere blitt ført ved introduksjonen av filtersigaretterne på 1960-tallet, og ved lanseringen av de såkalte 'light-sigarettene» med nedsatte verdier av tjære og kullos i 1980-årene. Epidemiologisk forskning har imidlertid avdekket at helsegevinstene forbundet med overgang til slike produkter har vært liten – om noen i det hele tatt. Tidligere dårlige erfaringer har ført til at myndighetene har oppvist en meget avmålt entusiasme for nye forebyggingsstrategier som inkluderer overgang til mindre farlige tobakks- og nikotinprodukter.

Dagens skadereduksjonsdebatt er imidlertid ulik de tidligere ved at det denne gang diskuteres reelt risikoreduserende produkter (snus, nikotinholdige legemidler og andre ikke-farmasøytiske nikotinprodukter). Det er konsensus om at en overgang fra sigaretter til slike produkter vil medføre en betydelig risikoreduksjon for den enkelte røyker. Årsaken til dagens skepsis ligger i første rekke i uvissheten om hva en skadereduksjonsstrategi kan føre til på samfunnsnivå. Dessuten har de etablerte virkemidlene som myndighetene har satt i verk for å redusere røykingen vært svært effektive, og hvorfor ikke bare intensivere bruken av disse? Dersom for eksempel snus skulle innlemmes i arsenalet av skadereduserende produkter, vil skadereduksjon dessuten bryte mot et uttalt myndighetsmål om et helt tobakksfritt samfunn.

Nedenfor følger noen viktige områder som rapporten har tatt opp:

- Skadereduksjon betyr at sigarettøykere som ikke kan eller vil slutte med nikotin oppfordres til overgang til nikotinprodukter med langt lavere helserisiko.
- Til tross for at tiltakene mot røyking har vært effektive og andel røykere er på retur, vil behovet for skadereduksjon etter hvert bli sterkere fordi:
 - Det er ubalanse mellom det sluttemotiv som myndighetene har skapt hos røykerne med kampanjer, avgifter, restriksjoner osv, og den hjelp som tilbys røykeslutterne. Dagens nikotinerstatningsprodukter (NEP) brukes i liten

grad. Omfanget av assistanse fra helsepersonell er moderat. I tillegg er effekten fra NEP og assistansen fra legene meget avmålt.

- Den gjenstående gruppen av røykere får stadig større innslag av personer med sosiale, psykiske og demografiske kjennetegn som reduserer deres evne til å mestre å slutte å røyke.
- Den sosiale gradienten i røykemønsteret er 20 år gammel. Jakten på skreddersydde tiltak overfor røykere som bl.a. kjennetegnes av kort utdanning, har vart lenge. Systematiske oppsummeringer har ikke avdekket tiltak som myndighetene har kunnet implementere med sikte å utligne gradienten i røykemønsteret.
- Norge har tatt i bruk så å si alle politiske virkemidler som finnes for å redusere røykingen. Forbedringspotensialet er lavt. Til tross for at virkemidlene er utnyttet, er det fortsatt høye tapstall med 6 700 årlige tobakksdødsfall.
- Intensivering av de eksisterende tiltakene mot røyking – som har vært effektive fram til nå – vil ventelig gi moderat avkastning (avtagende grensenytte).
- Sigarettøyking er ideelt for skadereduksjon fordi det ikke er den substans som skaper avhengighet – nikotin – som utgjør helserisikoen. Man røyker for nikotinen, men dør fra tobakksrøyken. Det finnes alternative, langt mindre farlige nikotinprodukter.
- Skadereduksjon er en selvfølge på en rekke andre risikoområder. Hvorfor skadereduksjonsdebatten har kommet seinere til tobakksområdet, har sannsynligvis sammenheng med en utbredt tro på at et tobakksfritt samfunn er oppnåelig.
- Skadereduksjon på tobakksområdet bør inkluderes i myndighetenes strategi for å utlikne framtidige sosiale helseforskjeller.
- Vellykket skadereduksjon krever at forbrukerne får korrekt informasjon om nikotinproduktenes relative helsefare. I dag er både røykere og allmennleger misinformert.
- Forskriften fra 1989 om forbud mot 'nye former for tobakks- og nikotinholdige produkter' kan i dag fungere som en barriere for effektiv skadereduksjon i det gjenstående segment av røykere, og bør bli erstattet av regelverk som isteden fører kontroll med 'nye' nikotinprodukter.
- Det bør stimuleres til produksjon av nikotinprodukter som har høyere brukerpotensial enn dagens legemidler, og som har bedre effekt på slutteraten for røyking.

- Skadereduksjonspolitikken må være myndighetslegitimert. Det er en klar ulempe og hemmende for skadereduksjonsideen at snusindustrien har framstått som den mest synlige eksponent for skadereduksjon.

Om snus som skadereduserende alternativ:

- Myndighetene informerer om helserisikoen ved snusbruk, men unnlater å informere røykere om de helsegevinster som kan oppnås ved å erstatte sigarettene med snus. Dette kan i verste fall frata røykere et sluttemotiv.
- Sigarettindustrien er i ferd med å kjøpe seg opp i snusindustrien og ønsker å selge snus i tillegg til – og ikke i stedet for – sigaretter. De ser på snus som et såkalt 'bridging product' som skal kunne brukes på sosiale arenaer med røykerestriksjoner for å beholde røykerne nikotinavhengige (nicotine maintenance policy). I tillegg er det en rekke eksempler på at snusindustrien driver innovativ produktutvikling med sikte på å rekruttere ungdom av begge kjønn.
- Kunnskapsoppsummeringer viser at snus er minst 90 % mindre farlig enn sigaretter.
- Mye forskning gjenstår før vi kjenner de presise virkningene av snus i et folkehelseperspektiv. Flere problemstillinger lar seg heller ikke utforske, men bruksmønsteret for snus i Sverige og Norge tilsier at tilgjengeligheten til snus nødvendigvis må virke positivt inn på folkehelsen. Dette kan være et argument for å oppheve forbudet mot snus i EU.
- Lite empiri støtter hypotesen om at snus øker risikoen for påfølgende røykestart. Noe empiri støtter hypotesen om at snus reduserer risikoen for røykestart.
- Det finnes ingen randomiserte kontrollerte studier som har målt effekten av snus for røykeslutt. Observasjonelle data indikerer at snus øker slutteraten og at effekten er større enn effekten fra NEP.
- Et argument for at snus skal inngå i arsenalet av skadereduserende produkter er dets brukspotensial i marginaliserte røykepopulasjoner som har høy immunitet for tradisjonelle røykepreventive virkemidler.

Rapportenes oppbygning

Rapporten starter med en diskusjon av hva som bør være en overordnet målsetning i den framtidige tobakkspolitikken – et tobakksfritt samfunn eller reduksjon i tobakksrelaterte sykdommer? Hindrer en streben etter et tobakksfritt samfunn for skadereduserende tiltak som kan spare liv?

Rapporten redegjør videre for posisjonene i skadereduksjonsdebatten og for det vanskelige diskusjonsklimaet som skyldes at skadereduksjon er et normativt emne. I et samfunnsklima hvor tobakken er blitt ‘Den Gode Fiende’ – som alle kan enes om å bekjempe – er det lett å ufarliggjøre skadereduksjon som et lite tidsskorrekt handlingsalternativ ved å stemple det som tobakksliberalisme.

Rapporten viser deretter hvorfor skadereduksjon vil komme til å framstå som stadig mer relevant og aktuelt, bl.a. fordi de politiske virkemidlene kan være oppbrukt mens det fortsatt er høye tapstall med over 6000 tobakksdødsfall per år. Skadereduksjon aktualiseres også fordi gruppen gjenstående røykere i stadig større grad vil komme til å få psykososiale kjennetegn som vil gjøre de vanskelige å bevege kun med intensivert bruk av de tradisjonelle tobakkspreventive virkemidlene. Rapporten argumenterer for at skadereduksjon vil være et hensiktsmessig tiltak for å kunne oppnå myndighetenes målsetning om å utlikne helseforskjeller mellom ulike sosiale lag.

Dessuten aktualiseres skadereduksjon fordi det er ubalanse mellom det høye slutteteønsket som myndighetene har skapt hos røykerne (med kampanjer, restriksjoner og avgifter), og det moderate omfanget og den middelmådige effekten av den hjelp som nå tilbys røykeslutterne. Rapporten drøfter også hvordan informasjonsskjevheten om relativ helsefare ved bruk av ulike tobakksprodukter har skapt misinformerte forbrukere ute av stand til å foreta valg for å optimalisere egen nytte.

1 Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon?

Siktemålet med denne rapporten er å stimulere til en tobakksfaglig drøfting om *skadereduksjon* bør inkluderes i arsenalet av preventive tiltak. Skadereduksjonsideologien vil i tilfelle utfordre det tradisjonelle forståelsesparadigmet for tobakkskontroll, som i korthet går ut på å eliminere all tobakksbruk. I lys av de psykososiale og demografiske karakteristika som kjennetegner dagens røykere, skal vi stille spørsmålet om et tobakksfritt samfunn er en realistisk og fornuftig målsetting på kort sikt. Har de planer som Helse- og omsorgsdepartementet uttrykker i «*Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010*» et potensial for å utrydde tobakksbruk? Er eliminering av all tobakksbruk – ‘nullvisjonen’ – særlig hensiktsmessig hvis det egentlige målet er å forebygge tobakksrelatert sykdom og død i restkategorien av dagligrøykere? Er *Det Beste* (tobakksfritt samfunn) blitt *Det Godes Fiende* (nedgang i tobakksrelaterte dødsfall)? Bør myndighetene isteden åpne for skadereduksjon, slik praksis har vært for eksempel på narkotikaområdet?

1.1 Definisjon av skadereduksjon

American Association of Public Health Physicians (foreningen for samfunnsmedisinere i USA) har i en rapport fra 2008 behandlet skadereduksjonsprinsippets anvendelse på tobakksområdet, og gitt denne definisjonen på skadereduksjon (*harm reduction*):

«*Harm reduction is taken to mean encouraging and enabling smokers to reduce their risk of tobacco-related illness and death by switching to less hazardous tobacco products. This switch could be short-term or long-term, partial or full, with the understanding that every time an alternative tobacco product is used in place of a cigarette, risk of tobacco-related illness and death is reduced*» (AAPHP 2008: 2).

Institute of Medicine i USA adresserte skadereduksjon i boken «*Clearing the Smoke. Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction*» fra 2001 og forklarte begrepet slik:

«A product is harm-reducing if it lowers total tobacco-related mortality and morbidity even though use of that product may involve continued exposure to tobacco-related toxicans» (IM 2001: 2).

Forskningsfronten på tobakksområdet har i økende grad blitt opptatt av hvilke effekter skadereduksjon eventuelt vil kunne komme til å føre med seg. I artikkelen «*Charting the Science of the Future. Where Tobacco-Control Research Must Go*», hevder den toneangivende amerikanske forskeren Kenneth Warner at skadereduksjonsdebatten er det viktigste som har skjedd i løpet av hans 30 år som tobakksforsker (Warner 2007). Men før skadereduksjon eventuelt skal innlemmes som en strategi er det flere spørsmål som fagmiljøet må avklare:

«Should products less hazardous than cigarettes, including tobacco products, be promoted as alternatives to smoking for smokers who are unable, or unwilling, to quit? If so, is it possible to target promotion so finely, thereby avoiding encouraging others to use a product, still risky, when otherwise they would have abstained entirely? What kinds of products should be considered as acceptable members of the tobacco harm reduction arsenal? For example, is it advisable to promote low-nitrosamine smokeless tobacco products (snus) as much less hazardous than cigarettes (which they certainly are)? How can the population impact that will follow from the introduction and promotion of ostensibly less hazardous products be assessed? What surveillance system could evaluate use patterns, and ultimately health consequences, when confronted with possibly a dozen or more qualitatively different types of products and the hundreds of mixed use patterns that would emerge? Indeed, short of waiting 30 years for the (possibly inadequate) epidemiological evidence, how can risk reduction potential be evaluated scientifically?»

The questions are endless, with none of them leading to easy resolution. Yet, «Harm Reduction» may be an important wave of the future. Will it join prevention, cessation and protection of others as the fourth pillar of comprehensive tobacco control? (Warner 2007: 315–6).

1.2 Hva innebærer skadereduksjon på tobakksområdet?

Skadereduksjonsdebatten kom til tobakksområdet etter å ha hatt sitt parallelle motstykke på en rekke andre risikoatferdsområder inkludert narkotikamisbruk (sprøyteutdeling, sprøyterom, metadonprosjekt, legeordinert heroin), alkoholbruk (promillegrenser, punktavhold, måtehold) og pengespill (mindre aggressive spillterminaler). At tobakksområdet først i den seinere tid har blitt gjenstand for skadereduksjonsdebatt, illustrerer hvor inngrodd målsetningen om et tobakksfritt samfunn er. Dessuten har nedgangen i røykingen de siste tiår også forsynt mange med en forestilling – realistisk eller ikke – at tobakksbruk faktisk lar seg eliminere. Å debattere skadereduksjon på tobakksområdet har vist seg å være mer provoserende og utfordrende enn hva tilfellet har vært på de andre områdene (Sweanor 2007).

Mange vil også mene at skadereduksjon på for eksempel narkotika- og tobakksområdet er så forskjellig at vi snakker om to ulike fenomen. Det er likevel interessant å registrere at flere av motargumentene mot skadereduksjon på narkotikafeltet også lar seg anvende for tobakk (tabell 1).

Tabell 1. Argumenter mot skadereduksjon som kan anvendes både på narkotika- og tobakksområdet.

Narkotika	Tobakk
Skadereduksjon impliserer at offentlige myndigheter gir opp idealet om et narkotikafritt samfunn	Skadereduksjon impliserer at offentlige myndigheter gir opp idealet om et tobakksfritt samfunn
Skadereduserende tiltak som sprøyterom er i strid med de FN-konvensjoner Norge har sluttet seg til, og vil svekke norsk troverdighet i internasjonale narkotikapolitiske spørsmål	Skadereduserende tiltak som bruk av snus er i strid med Verdens helseorganisasjons anbefalinger, og kan svekke norsk troverdighet i internasjonale tobakkspolitiske spørsmål
Sprøyterom og gratis utdeling av sprøyter kan vedlikeholde og forsterke injeksjonskulturen – den mest skadelige formen for heroinbruk i forhold til overdoser	Røykere som blir rådet til en overgang til snusbruk vil vedlikeholde og kanskje forsterke avhengigheten til nikotin, noe som kan øke sannsynligheten for tilbakefall til røyking – den farligste formen for nikotininntak
Skadereduksjon på narkotikaområdet kan svekke motivasjonen til behandling og rehabilitering blant de narkomane	Lansering av skadebegrensende alternativ til røyking vil gjøre at røykere som ellers kunne ha sluttet helt og holdent med nikotin nå fortsetter å bruke et nikotinprodukt med uavklarte helsekonsekvenser
Eksistensen av et tilbud som tilrettelegger og muliggjør videre stoffbruk kan vanskelig oppfattes som et incitament i retning av å slutte	Eksistensen av et tilbud som tilrettelegger og muliggjør videre nikotinbruk kan vanskelig oppfattes som et incitament i retning av å slutte

1.3 Informerte forbrukere

En annen implikasjon av skadereduksjonsideologien, er at forbrukerne skal kunne velge å bevege seg nedover et risikokontinuum ved at de tilbys eksakt informasjon om alternative nikotinprodukter. Dette ligger langt unna dagens realitet i Norge, hvor publiserte (Øverland et al 2008) og foreløpig upubliserte SIRUS-undersøkelser viser at forbrukerne har sterke misoppfatninger om relativ helsefare. Dette gjaldt også norske allmennleger i en undersøkelse fra 2008 (foreløpig upublisert). For eksempel så overdrives helsefaren ved både snus og nikotinlegemidler sammenlignet med røyking. Hvis ikke misoppfatningene korrigeres, kan dette føre til at røykere fratras et motiv for å velge et mindre farlig nikotinprodukt. Den amerikanske nikotinforskeren Lynn Kozlowski har i flere arbeider framholdt at korrekt informasjon om relativ helsefare mellom ulike nikotinprodukter må betraktes som en menneskerett.

«Cigarettes kill about half of those who smoke them. It is urgent to inform smokers about options they have to reduce risk. Public health policy in this instance lacks compelling justification to override the human rights of the individual» (Kozlowski 2002).

«Public health concerns should trump individual rights only when there is a clear and convincing evidence of harm to society. Lacking that evidence, individual rights should prevail» (Kozlowski 2003).

Situasjonen i Norge med uinformerte røykere (og leger) kan være et resultat av uheldig men uintendert skjevinformasjon fra helsemyndighetene. Dessuten setter legemiddelforskriften begrensninger i informasjonen om nikotinerstatningsproduktene til publikum. I Canada har forskeren Carl Phillips et. al (2006) – som riktignok har nære bånd til snusindustrien – anklaget nordamerikanske helseaktører for stilltiende å ha akseptert tilstanden fordi hatet til tobakken har forhindret avlevering av korrekt informasjon om snus.

«Certain health advocates believe it is acceptable to mislead people into making choices they would not otherwise make... Through the use of various tactics, advocates who oppose the use of Smokeless Tobacco as a harm reduction tool have managed to convince most people that the health risk from Smokeless Tobacco is several orders of magnitude greater than it really is. The primary tactic they use is making false or misleading scientific claims that suggest that all tobacco use is the same... Apparently motivated by their hatred of all things tobacco, they are trying to convince people to not switch from an extremely unhealthy behavior to an alternative behavior that eliminates almost all of their risk» (Phillips et al 2006: 19)

Helsedirektoratet legger i sin informasjon vekt på at i) snus er kreftframkallende (bukspyttkjertel og spiserør) ii) andre sykdommer kan ikke utelukkes (hjerte-kar, diabetes, overvekt, impotens, svangerskapsforgiftning, iii) snus fører til avhengighet og iv) snus bør ikke brukes ved røykeslutt <http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/snus/>. Helsedirektoratet forteller i liten grad røykere om den store relative risikoforskjellen mellom snus og sigaretter. Spørsmålet er om Helsedirektoratets informasjon er tilstrekkelig for at forbrukerne skal settes i stand til å foreta informerte valg? I artikkelen «Not safe' is not enough: smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product» har Kozlowski & Edwards (2005) adressert informasjonsaspektet ved skadereduksjon. Deres kritikk kan også være relevant for norske forhold.

«The 'not safe' or 'not harmless' messages don't address the reality that some tobacco products are substantially safer than others... Saying tobacco 'isn't safe' isn't incorrect,

but it isn't saying enough. Going beyond the no safe tobacco message to provide better information on the nature of risks from tobacco products and nicotine delivery systems is necessary to respect individual rights to health relevant information.»

1.4 Klimaet for skadereduksjonsdebatten

I Norge har debatten om skadereduksjon på tobakksområdet fått en trang fødsel. Hittil har verken aktører i det tiltaksrettede tobakksarbeidet eller i det helsepolitiske embetsverket invitert til en systematisk behandling av skadereduksjonsprinsippet, slik tilfellet for eksempel har vært på narkotikaområdet hvor helseministeren 1. desember 2008 inviterte til en debatt om legeordinert heroin (<http://www.dagbladet.no/2008/12/01/nyheter/ruspolitikk/narkomane/3883046/>).

Dette har som konsekvens at skadereduksjonspolitikken ikke blir tatt opp av dem som har innflytelse på den. I den grad det har forekommet meningsutveksling, har denne mest typisk blitt initiert av media med påfølgende overdreven polemisk dekning av for- og motargumenter. Dette har forsynt debatten med dårlige rammevilkår. De fem nordiske helsedirektørene har i tillegg utstedt et prinsippnotat som effektivt terminerte alle forhåpninger om at styrende organer vil åpne for en skadereduksjonsdebatt på tobakksområdet (Holm et. al 2008). I forskningsmiljøet, som arbeider systematisk med å prøve ut for- og motargumentenes kraft, skaper denne type «dogmatiske bulletiner» noe forundring.

Artikler i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter som The Lancet, Addiction, Nicotine & Tobacco Research, Journal of Harm Reduction og Tobacco Control har bidratt til betydelig kunnskapsakkumulering på feltet, men også i disse er diskursen preget av en polarisert uenighet som sjelden har forekommet i tobakksforskningen.

Aktørene i debatten om skadereduksjon kan grovt inndeles i fem idealtyper, bl.a. særmerket av sin argumentasjonsmåte.

Tabell 2. Typologi for aktører i skadereduksjonsdebatten på tobakksområdet

Aktører	Hovedargument	Argumentasjonsmåte
Purister	All tobakk er farlig og må opphøre. Å gradere helserisiko mellom produkter er et blindspor	Mistenkeligjøring av motiver Desavuering av forskere Emosjonelt (og rasjonelt) tobakkshat Moralsk pliktetikkkorientering Puritanisme Agitasjon kamuflert som vitenskap
Skeptikere	Skadereuserende produkter utsetter elimineringen av tobakksbruk og kan føre til negativ nettoeffekt på samfunnsnivå. OK på individnivå.	Føre-var-prinsippet Etterlyser empiri Vitenskapsorientert
Pragmatikere	Kjennetegn ved dagens røykere aktualiserer skadereuksjon. Arbeidet for et tobakksfritt samfunn hindrer transisjon til mindre farlige nikotinprodukter som kan redde liv.	Behandlingserfaring Empirister Vitenskapsorientering Kunnskapsgrunnlag i favør av skadereuksjon
Proponenter	Skadereuksjon har bare positive sider.	Dedikerte Agitasjon kamuflert som vitenskap
Snusindustrien	Våre produkter er løsningen på tobakksproblemet	Selektert informasjon Betalte informatører/forskere

Kategoriene i tabellen er selvfølgelig verken utfyllende eller gjensidig utelukkende, men de kan likevel forsyne leseren med en viss landskapsoversikt. Vanskelig er det dessuten også å plassere purister som av opportunistiske grunner maskerer sitt tobakkshat med skeptikernes vitenskapelige argumenter, eller industriaktører som forsøker å øke sin troverdighet ved å kamuflere sin profittinteresse med pragmatikernes vitenskapelige begrunnelser.

For å illustrere meningsforskjellene mellom purister/skeptikere (PS) på den ene siden og pragmatikere/proponenter (PP) på den andre, kan vi la de posisjonere seg i en hypotetisk debatt. I denne vektlegger bl.a. PS at snusbruk øker risiko for kreft i bukspyttkjertel. PP framhever at risiko for kreft i bukspyttkjertel mer enn halveres

dersom sigaretten byttes ut med snus. PS gjør da oppmerksom på at *risikoøkningen* vil gjelde nye snusbrukere uten forutgående røykeerfaring, og får vi mange nok nye brukere kan effekten på befolkningsnivå bli negativ. PP svarer at snus totalt sett har minst 90 % lavere helserisiko enn røyking, følgelig må vi ha 90 % flere snusbrukere enn røykere i samfunnet for at netto helseeffekt skal kunne bli negativ. Hvis vi nå har i underkant av 1 million røykere må det med andre ord rekrutteres 1,5 millioner nye snusbrukere – i tillegg til de 400 000 vi nå har – og en slik tilvekst er helt urealistisk i Norge. PP peker også på at bruksmønsteret for snus viser at tre av fire brukere har tidligere røykeerfaring – det er altså få som går rett på snus. PS svarer at dette ikke trenger å bli tilfellet blant de helt unge, hvor snus ofte kan være første gangsproduktet. PS vil heller ikke utelukke at ungdom som begynner med snus gjøres sårbare for påfølgende oppstart av røyking (gateway-hypotesen). PP tar et helt annet utgangspunkt og mener at snus blant unge sannsynligvis fungerer beskyttende mot røykestart – under fravær av snus hadde disse ungdommene begynt å røyke (immuniserings-hypotesen).

2 Virkemidlene er oppbrukt – fortsatt høye tapstall

Den statlige norske tobakkspreventive politikken har i likhet med andre lands politikk tradisjonelt vært bygget opp langs tre dimensjoner;

- forhindre at ungdom begynner å røyke (*prevention*)
- motivere og assistere til opphør av røyking blant etablerte røykere (*cessation*)
- beskytte tredjeperson mot ufrivillig eksponering for passiv røyking (*protection*)

Dette har vært en særdeles vellykket politikk, og disse bærebjelkene er også videreført i den eksisterende nasjonale strategiplanen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er gledelig å konstatere at norsk tobakkspolitikk har tjent som et forbilledlig eksempel for andre land og for internasjonale anbefalinger som for eksempel Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon for statlig tobakkskontroll (FCTC). Norge fikk en omfattende tobakklovgivning som fra 1975 bl.a. førte til et totalt forbud mot all tobakksreklame, innførte helseadvarsler på tobakkspakkene og satte en 16-års aldersgrense for kjøp og salg. Loven skulle siden bli utvidet med paragrafer som beskyttet mot passiv røyking på arbeidsplasser og transportmidler (1989) og serveringssteder (2004), satte forbud mot nye nikotinprodukter (1989), innførte flere (1984) og større (2003) helseadvarsler og økte aldersgrensen til 18 år (1995). Forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer og fargeillustrasjoner av helseskader på pakkene vil sannsynligvis bli innførte om kort tid. Parallelt har realprisen på tobakk økt, systematiske avvenningstiltak har blitt satt i verk med bl.a. opprettelse av gratis innrigning til en Røyketelefon, allmennlegene har fått ekstra betaling for veiledning innen røykeavvenning, samt at kampanjevirkosomheten har blitt intensivert. Myndighetenes innsats har bidratt til å påskynde nedgangen i røyking, men reduksjonen skyldes også faktorer utenfor myndighetenes direkte kontroll slik som røykingens endrede symbolinnhold (Scheffels 2008, Lund 2008) og brukergruppens deklassering som har forringet deres betydning som spredningsagenter for røyking (Lund & Lund 2005).

Resultatet av den norske tobakkspolitikken har bl.a. vært at innslaget av røykere blant menn er halvert siden 1960-årene og at veksten i kvinners røyking stoppet på et langt lavere nivå enn toppnoteringen for menn. Mens det i 1973 eksempelvis var mer enn 2 ganger flere røykere enn forhenværende røykere i befolkningen, var dette forholdet 1:1 i 2007. Reduksjonen i andel røykere og nedgangen i tobakksforbruk har gått parallelt med en tobakksnegativ holdningsendring og en kunnskapsøkning om tobakkens helseeffekter (Lund 1996). Det tobakkspreventive arbeidet blir ofte brukt som en illustrasjon på hvor vellykket statlige intervensjoner mot risikoatferd kan være (Elvbakken & Stenvoll 2008).

Fordi Norge med få unntak allerede har innført så å si alle elementene i de internasjonalt anbefalte tiltakspakkene mot tobakk, kan det tilsynelatende se ut til at vi er kommet så langt det er mulig å komme med dagens kjente virkemidler. Helsedirektoratet med støtte fra de frivillige organisasjonene (bl.a. Tobakksfritt, Kreftforeningen, Nasjonalforeningen, LHL og Astma og Allergiforbundet) og sentrale yrkesorganisasjoner (bl.a. Legeforeningen, Tannlegeforeningen, Sykepleierforbundet og Jordmorforeningen) har til enhver tid klart å skape legitimitet for innføring av nye virkemidler, og politikere og embetsverk har deretter gjort jobben med å implementere. Spørsmål som stadig oftere stilles i land med tilsvarende tobakkspolitisk historie som Norge er «*Hva gjør vi når virkemidlene synes oppbrukt? Hva gjenstår når politikerne allerede har benyttet alle redskapene i verktøykassen?*» «*Er løsningen intensivert bruk av de eksisterende virkemidlene?*» (Warner 2007, Sweanor 2007).

2.1 Intensivert bruk av eksisterende virkemidler?

Fordi tobakkpolitikken har vært vellykket, kan det være fristende å ganske enkelt gjøre mer intensiv bruk av de virkemidlene som allerede har vist seg effektive. Her ligger det hindringer av praktisk-politisk karakter, samt at en slik intensivering må forventes å gi avtagende grensenytte. La oss utdype hvorfor vi bør ha moderate forventninger til effekten av å intensivere de gamle virkemidlene.

2.1.1 Avgiftsinstrumentet

I dagens situasjon hvor grensehandel og reiseimport av tobakk utgjør nærmere 40 % av totalforsyningen (Melberg 2007), vil det trolig være politisk nærmest umulig å gjennomføre annet enn kun inflasjonsjusterte avgiftsendringer. En mer realistisk målsetning vil være å opprettholde tobakksavgiften på dagens nivå (Lund 2005, Melberg 2007).

2.1.2 Adgangsrestriksjoner

Flere adgangsrestriksjoner for røyking vil ventelig også gi liten avkastning fordi så mange av våre mest frekventerte felles oppholdsarenaer allerede er gjennomregulert (arbeidsliv, samferdsel, offentlige plasser, servicenæring etc.). Det medisinske legitimeringsgrunnlaget for å innføre røykfrie *utendørsarenaer* (i første rekke parker, badestrender, holdeplasser, serveringssteder ute, parkeringsplasser, sportsarenaer, golfbaner) er langt svakere enn hva som lå til grunn for røykeforbud inne fordi konsentrasjonen av tobakksrøyk sjelden når skadelige verdier (med unntak av for visse sårbare grupper). Det er lite trolig at forhold som mindre alvorlige plager, forsøpling, luktsjenanse og uønsket synlighet vil kunne legitimere lovregulering av utendørs røyking, selv om enkelte forskere har argumentert for dette (Repace 2008). Uansett ville denne type forbud ventelig tilføre kun en marginal forsterkning av det normative presset mot røykfrihet som allerede eksisterer på menneskelige fellesarenaer.

En eventuell lovregulering av røyking på *private arenaer* som i hjem og bil kan muligens tenkes innført av hensyn til barns spesielle sårbarhet for tobakks-eksponering. Dette kan kanskje ha noe effekt for voksnes røykeatferd på samværsarenaer hvor barn er tilstede. Undersøkelser viser imidlertid at de fleste norske husstander allerede *har* regler som skal minimalisere innendørs røyking i bil og hjem (Helgason & Lund 2001), og at røyking i nærheten av barn allerede er sterkt avtagende uten et slikt regelverk (Lund et. al 2004).

Utstenging av røykere som *arbeidskraft* har bl.a. blitt praktisert av Verdens helseorganisasjon (WHO) siden 2005. Tiltaket førte ikke bare til allmenne protester i opinionen, men også til en opphetet debatt i tradisjonelt tobakksfiendtlige miljøer bl.a. på Globalink (en internasjonal listserver for forskere, embetsverk og aktivister i tobakkskontroll). I artikkelen «*Going too far? Exploring the limits of smoking regulations*» hevdet den australske helseprofessoren og redaktøren av det vitenskapelige tidsskriftet «*Tobacco Control*», Simon Chapman, at tilhengerne av forbudet praktiserte bisarre, paternalistiske og uvitenskapelige argumenter for en nulltoleranse som i praksis resulterte i sosial apartheidpolitikk (Chapman 2008). Ingen seriøs helseaktør har foreslått slike regler i Norge, og ventelig vil dette heller ikke komme til å skje med det første.

Derimot har flere arbeidsgivere innført *røykeforbud i arbeidstiden* for ansatte. Blant de første var ideelle organisasjoner som Kreftforeningen og LHL samt noen sykehus, men også flere kommuner har innført eller vil innføre slike regler for sine ansatte (bl.a. Stavanger, Larvik, Levanger, Bodø). Legitimeringsgrunnlaget er

beskyttelse både av den enkelte røyker og omgivelsene, men også profilering av arbeidsplass og økonomiske argumenter har blitt brukt. Det arbeides også med at fylkeskommunene skal innføre røykfri arbeidsdag for elever og lærere i videregående skole. Her inkluderes også rollemodelltenkning i legitimeringsgrunnlaget. Litteraturen viser at røykfri arbeidstid reduserer prevalens og intensitet blant ansatte og elever (Fichtenberg et al 2002, Levy et al 2003), så her ligger det muligheter for ytterligere reduksjon i røykingen i Norge.

2.1.3 Kjøpsrestriksjoner

Å heve aldersgrensen på kjøp og salg av tobakk over myndighetsalderen på 18 år vil – om det i hele tatt er politisk mulig – sannsynligvis heller ikke resultere i de helt store gevinster. I dag skal alle personer under 23 år uoppfordret vise fram legitimasjon ved kjøp av sigaretter, og en økning av aldersgrensen til for eksempel 19 år vil ventelig bety lite for rekrutteringen. Undersøkelser viser imidlertid at mange mindreårige røykere er selvforsynt med sigaretter. Effektivisering av dagens aldersgrensebestemmelse med for eksempel lisensiering og trussel om tap av bevilling ved salg til underårige, er kanskje et mer hensiktsmessig tiltak.

Reduksjon i salgssteder og innskrenking av salgstider kan være et annet tiltak. I dag kan tobakk kjøpes døgnskcontinuerlig og det finnes ca 18 000 utsalgssteder. Redusert kjøpstilgjengelighet har imidlertid ikke vært diskutert i Norge siden den gang tanken om et tobakksmonopol ble lagt død i slutten av 1920-årene (Lund 1996), og tiltaket så ut til å ligge fjernt fra den politiske dagsorden helt til Legeforeningen i januar 2009 foreslo å innskrenke utsalgsstedene av tobakk kun til forhandlere som også solgte alkohol. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=150173&subid=0>. Det vil i tilfelle hindre salg av tobakk fra eksempelvis bensinstasjoner, gatekjøkken og storkiosker.

2.1.4 Markedsrestriksjoner

All form for direkte og indirekte reklame, inkludert sponning, har vært forbudt i lang tid, og fordi loven allerede etterleves er det lite å hente på innskjerping. Forskning viser imidlertid at det kan ligge gevinster i tiltak som visualiseringer av helseadvarsler på pakkene (Hammond et. al 2007), merkenøytral emballering (Freeman et. al 2008) eller forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer (Lund & Rise 2008).

2.1.5 Informasjon

I perioden etter 2003 har myndighetene kjørt mange og forskjelligartede holdnings- og informasjonskampanjer. Ytterligere intensivering av kampanjevirkomheten er

svært kostnadskrevene og vil behøve høyere budsjetter enn det som Helse- direktoratet har hatt til rådighet. Flere antiroykkampanjer vil muligens bidra til at budskapet oppfattes av et segment nye, tidligere ueksponerte, observatører – i første rekke barn og ungdom som har vokst opp i 'røykeferdig alder' siden siste kampanje. Flere kampanjer vil ventelig også kunne forsterke det røykesluttmotiv som de aller fleste røykere allerede bærer på, og i tillegg sementere de fra før etablerte tobakksnegative klimaet i samfunnet ellers. I lys av at rundt 90 % allerede har observert og husker Helsedirektoratets tobakkskampanjer (Larsen et. al 2006, Lund & Rise 2004), bør vi ha edruelige forestillinger om at ytterligere kampanje- tetthet vil øke penetreringen av informasjon.

2.1.6 Legehonorar for røykeslutt

Dagens honorar er på 200 kroner og kan maksimalt brukes inntil to ganger hos samme pasient i løpet av et kalenderår ved «Oppstart (første konsultasjon) av individuell strukturert røykeavvenning som ledd i behandling av sykdom, etter anerkjent program». Noen vil kanskje hevde at taksten ikke dekker opp for den faktiske tids- bruken som kreves ved tilstrekkelig tett oppfølging av et røykeslutforsøk, og at dette hindrer intervensjon. Effekten av helsepersonells assistanse til røykeslutt tatt opp i kapittel 7.2.

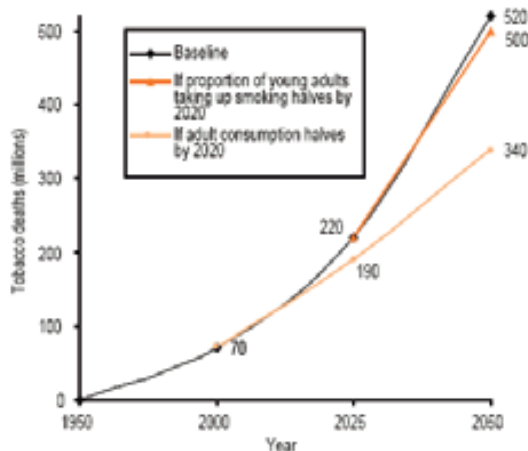
2.2 En komplett politikk, men fortsatt dør mange

Norsk tobakkspolitikk ble rangert som tredje best i Europa i 2006 (Joossens and Raw 2006), og med en så robust infrastruktur for tobakkskontroll er nødvendigvis forbedringspotensialet begrenset. Det urovekkende er at spørsmålene om politikk- ens begrensninger og utilstrekkelighet dukker opp i en situasjon hvor røyking – til tross for reduksjonen i tobakksforbruket – fortsatt er den suverent viktigste fore- byggbare årsak til sykdom og tidlig død i vårt land. «*The glass remains half empty*», hevder Ken Warner (Warner 2007). I følge Folkehelseinstituttet døde 6 700 per- soner av røyking i 2003 (16 % av alle dødsfall). Disse røykedødsfallene utgjorde til sammen 72 483 tapte leveår (Vollset et al 2006). I antall er de tobakksrelaterede døds- fallene faktisk høyere i dag enn hva de var den gang i 1964 da Helsedirektør Karl Evang tok et historisk initiativ til statlig norsk tobakkspreventiv politikk. Dette skyldes tre faktorer; i) folketallet har økt, ii) det er lang 'inkubasjonstid' mellom røykeatferden og de påfølgende sykdommene, slik at sykdomsepidemien på 1960-tallet reflekterte det relativt sett lave men voksende tobakksforbruket 30–40 år forut, iii) helsegevinstene av nyere forebyggende tiltak er ennå ikke innhentet pga 'inkubasjonstiden'.

3 Fra en langsynt til en nærsynt gevinsthorisont i tobakkspolitikken

Tidsforsinkelsen mellom atferds- og sykdomskomponenten (inkubasjonstiden) i tobakksepidemien innebærer at tiltakene innrettet på å hindre ny rekruttering til røyking blant unge opererer med en langsiktig gevinsthorisont. Kanskje burde myndighetene være bedre tjent med å legge større grad av nærsynthet til grunn ved prioriteringen av preventive virkemidler? En simuleringsmodell lansert av Verdensbanken kan tolkes i den retning. Verdensbanken sammenlignet helseeffekten fra en halvering i nyrekrutteringen av unge røykere med effekten fra en dobling av slutteraten blant dagens etablerte røykere. Resultatet er vist i figuren nedenfor hentet fra publikasjonen *Curbing the Epidemic* (World Bank 1999).

FIGURE 7.1 UNLESS CURRENT SMOKERS QUIT, TOBACCO DEATHS WILL RISE DRAMATICALLY IN THE NEXT 50 YEARS
Estimated cumulative tobacco deaths 1950–2050 with different intervention strategies:



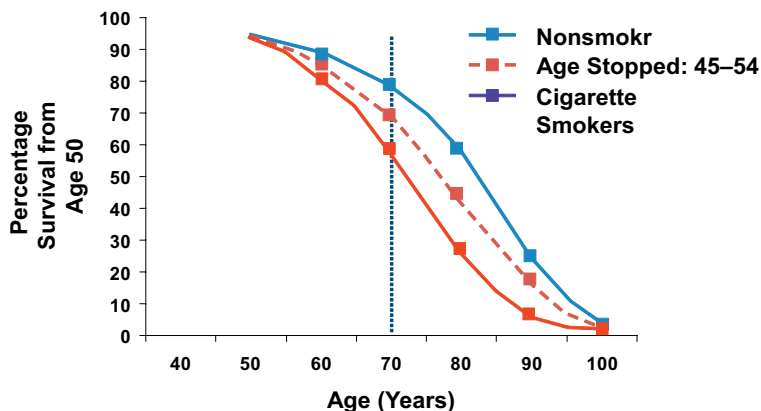
Dersom man på verdensbasis lyktes i å halvere rekrutteringen til røyking blant ungdom fra 2000 til 2020, ville den akkumulerte reduksjonen i tobakksrelaterte dødsfall i 2050 bli 20 millioner. Hvis man til sammenligning halverte tobakksforbruket blant voksne (hovedsakelig ved røykeslutt), ville den akkumulerte reduksjonen bli hele 180 millioner dødsfall. Til grunn for estimatene fra Verdensbanken lå Doll & Peto's (1995, 2004) beregninger av overlevelse ved røykeslutt på ulike tidspunkt i livsløpet (se figurene nedenfor).

Med en nærsynt tidshorisont blir altså gevinsten ved en reduksjon i rekrutteringen relativt beskjeden, mens en dobling av slutteraten vil få enorm effekt. Skal vi redusere tobakksrelatert mortalitet og morbiditet i vår egen levetid, er det altså viktigere å stimulere til avvenning fra sigaretter enn å forhindre nyrekruttering blant ungdom. Skadereduksjon overfor dagens røykere må også vurderes i et slikt perspektiv.

Quitting at Any Age May Increase Life Expectancy

Age Stopped Smoking: 45–54 Years Old

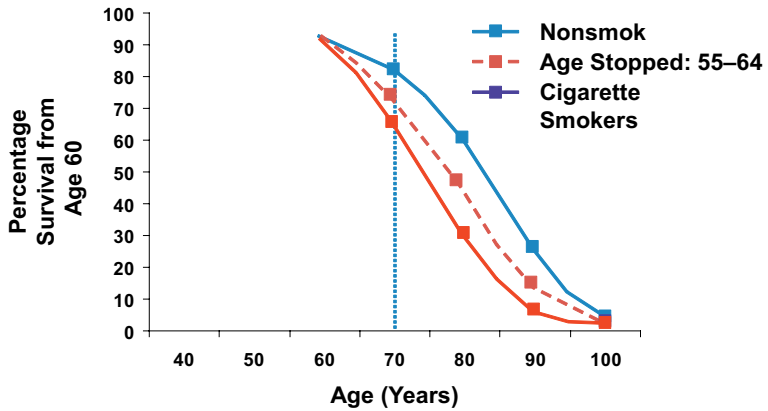
Results From a Study of Male Physician Smokers in the UK



Even quitting smoking later in life can lead to longer life expectancy

1. Doll R, et al. *BMJ*. 2004;328:1519-1527.

Quitting at Any Age May Increase Life Expectancy
Age Stopped Smoking: 55–64 Years Old
Results From a Study of Male Physician Smokers in the UK



Even quitting smoking later in life can lead to longer life expectancy

1. Doll R, et al. *BMJ*. 2004;328:1519-1527.

4 Nikotinprodukter og regelverk

Forskningsfronten om tobakksrøyking og nikotinopptak har opparbeidet en mer fullstendig toksikologisk, nevropsykologisk og -fysiologisk innsikt enn hva som var tilfellet bare for noen tiår siden. En viktig vitenskapelig oppdagelse var at den substans som skaper avhengighet i tobakken – nikotinet – i ren form har små helsekonsekvenser (noe avhengig av eksponeringsnivå – fataldose rundt 60 mg). *Man røyker for nikotinet men dør av sigarettøyken*, heter det populært. Dette innebærer at dagens 1 million norske røykere hovedsakelig fortsetter å røyke som følge av sin nikotinavhengighet, mens de 500 000 røykerne som statistisk sett vil komme til få en dødbringende røykesykdom pådrar seg denne som følge av *opptaksmetoden for nikotin*.

Forskning viser at nikotin inntatt ved innånding av tobakksrøyk fra en glødende sigarett (*combustable nicotine delivery device*) er den absolutt farligste form for nikotinopptak, og at det finnes alternative opptaksmetoder som medfører langt lavere helserisiko. Det er altså andre – men fortsatt ikke klart identifiserte – stoffer enn nikotin som drar opp sykdomsrisikoen ved røyking. Bl.a. er det påvist at når tobakken forbrenner ved høy temperatur – for eksempel fra sigarettgloen – så frigis mange av de giftstoffene som antas å føre til kreft og andre sykdommer (IM 2001).

Med utgangspunkt i kunnskapen om nikotinenes virkninger, har det blitt utviklet et (foreløpig) lite sortiment alternative produkter til sigaretter som enten skal kunne føre til

- I renere nikotinopptak (i betydningen renses for mange toksiske stoffer) – eller-
- II blokkere/erstatte nikotinenes nevropsykologiske virkninger i hjernen

Institute of Medicine i USA har med et fellesnavn døpt disse «*potential reduced-exposure products*» eller med akronymet PREPs (IM 2001). Tabellen nedenfor viser en ikke utfyllende liste over erstatningsprodukter for sigaretter – både med og uten nikotin – med antatt lavere helserisiko.

Tabell 3. Potential Reduced-Exposure Products (PREPs)

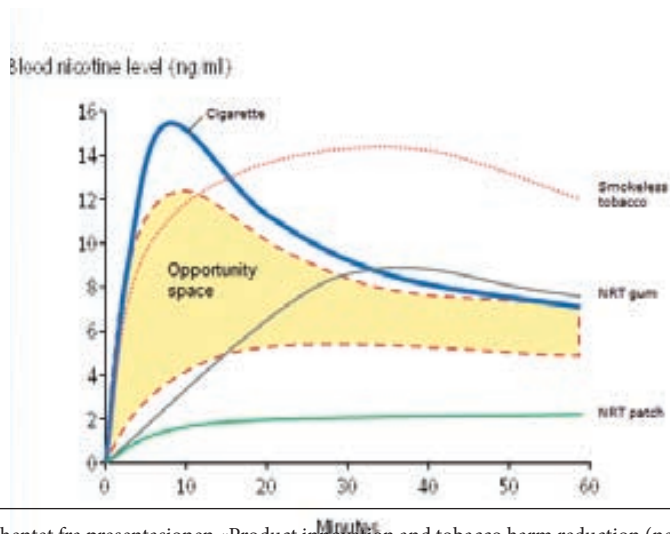
Kategori	Egenskaper	Eksempel
Modifisert tobakk	Redusert innhold av bestemte toksiske stoffer (eks. TSN)	Snus Skrå
Sigarettlignende produkter	Redusert forbrenningstemperatur eller oppheting	El-sigarett m/batteri Premier, Eclipse, Accord (USA)
Farmasøytiske produkter	Nikotinerstatning	Nikotinygggegummi (Nicorette) Nikotinplaster Nikotin inhalator Nikotin nasal spray Nikotin pastiller (Zonnic) Nikotin munnspray (Niconovum) Sublingsvaltabletter med nikotin
	Anti-depressiva som reduserer røykesug (nicotine craving)	Bupropion (Zyban) Nortriptyline
	Partiell nikotin reseptor agonist som svekker velbehagsfølelse og reduserer røykesug	Varenicline (Champix)
Ikke-legemiddel produkter	Nikotinerstatning	Nikotinvann Nikotindrink med alkohol Nikotingele/krem Lolipop/sukkerkøy/tungefilm/pastill m/nikotin

Nærmere omtale av de ulike PREPs kan finnes i en rekke andre publikasjoner (RCP 2007, IM 2001, se også fakta ark utgitt av den amerikanske organisasjonen Tobacco-Free Kids <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0248.pdf>). Det er et paradoks at nikotinproduktene fra tobakksindustrien slippes på markedet uten andre restriksjoner enn aldersgrensebestemmelser og reklameforbud, mens de langt mindre farlige farmasøytiske nikotinproduktene er underlagt et meget strengt kontrollregime. I tillegg produseres nikotinartikler (for eksempel el-sigaretten) fra leverandører som verken har bånd til tobakks- eller legemiddelindustri. Disse kan foreløpig selges fritt uten krav om systematisk test av effekt eller bivirkninger.

Unntaket er Norge, hvor vi i 1989 innførte et totalt lovforbud mot nye nikotinprodukter på markedet. EU innførte i 1992 et forbud mot salg av snus (Sverige fikk unntak fra bestemmelsen ved inntreden i unionen i 1995).

På helsesiden er det allmenn enighet om at de eksisterende markedsreguleringene for det nåværende sortimentet av nikotinprodukter (inkl. snus), paradoksalt nok favoriserer det mest skadelige av dem alle, sigaretten. I flere land, bl.a. England, USA, Canada og EU, er derfor lovverket som regulerer nikotinproduktene under heftig debatt (Gilmore et. al 2008, RCP 2007: 181–9, SCENIHR 2008, Sweanor et. al 2007, Bates et. al 2003, Fagerström & Schildt 2003, ERS 2005).

Både tobakksindustrien, legemiddelindustrien og en diffus gruppe av andre merkantile aktører har vært på leting etter et produkt som kan avlevere nikotin i renere form enn sigaretten, men som samtidig tilbyr en tilnærmet identisk opptakshastighet av nikotin til blodet. Legemidlene er fabrikkert for å gi så lave doser nikotin at produktene ikke skal føre til avhengighet. Risikoen for avhengighet er større ved rask nikotinleveranse til hjernen. Figuren nedenfor¹ viser at det foreløpig kun er snus (*smokeless tobacco*) som avleverer nikotin i nærheten av opptaksprofilen for sigaretter. Det skraverte 'mulighetsrommet' (*opportunity space*) mellom sigaretter/snus og nikotintyggegummi identifiserer hvor nye og renere nikotinprodukter ventelig vil komme.



¹ Figuren er hentet fra presentasjonen «Product innovation and tobacco harm reduction (need for a more holistic regulatory framework)» av Adrian N Payne, UK holdt på ICAA's 51st Conference on Dependencies, Limassol, Kypros 2008.

I 2001 hevdet Institute of Medicine at de fleste PREPs – med unntak av nikotin-tyggegummi som kom på markedet i USA i 1980-årene – ennå hadde for kort brukstid for å kunne trekke robuste konklusjoner om deres risikoreducerende effekter. Instituttet mente imidlertid at såkalte surrogatendepunkter, dvs. biokjemiske markører assosiert med røykerelaterte sykdommer, kunne anvendes som indikatorer på helserisiko, og at dette ga grunn til å tro at transisjon fra sigaretter til PREPs kunne føre til betydelig helsegevinst (IM 2001). Dersom verdens 1,3 milliarder sigarett-røykere hadde skaffet seg sin nikotindose fra såkalte *'clean delivery systems'* istedenfor å inhalere tobakksrøyk, så hevdes det fra framtrepende forskere at nikotinbruk da sannsynligvis ville ha ligget like lavt på prioriteringslisten for statlige intervensjoner som koffeinbruk (Sweaner et al 2007: 71).

4.1 Ulik problemforståelse i England og Norge

Problemet er imidlertid at PREPs ikke har vært særlig etterspurt av røykere (jf kap 7.1), sannsynligvis fordi nikotinopptaket til blodet skjer for langsomt, at produktene er designet for å være lite attraktive og ikke kan brukes identitetsformativt eller som et ledd i en selvpresentasjon. I England har derfor Cancer Research UK (CRUK), British Heart Foundation og Action on Smoking and Health (ASH) foreslått å stimulere til kommersiell produksjon av nye og 'raskere' nikotinprodukter som kan konkurrere med sigarettene (CRUK 2008). Ideen er å gi disse produktene de samme eller bedre konkurransebetingelser enn sigaretter, avgiftslegge produktene i samsvar med den relative risiko de representerer, korrigere misoppfatninger om relativ risiko mellom sigaretter og andre nikotinprodukter, samt gjøre nye nikotinprodukter mer attraktive, sosialt akseptable og tilgjengelige. «*Enable smokers to switch to less harmful products*» inngår som ett av fem elementer i «*the core aims of tobacco control*» (s10)².

«Currently, pure nicotine products are not attractive to smokers as direct replacements for cigarettes as they do not mimic the speed and intensity of nicotine intake that a cigarette provides. Regulation difficulties inhibit the development of more efficient and effective pure nicotine products. As a result, the most toxic nicotine products – cigarettes – are barely regulated while the safest products – medicinal nicotine – are highly regulated. If they are to compete with tobacco products, pure nicotine products must be sold on equal terms or better: pricing should favor pure nicotine products over tobacco. Public education is also needed as many smokers (and health professionals)

² De andre er «Helping smokers to quit», «Reducing exposure to secondhand smoke», «Preventing people from starting to smoke» og «Reducing health inequalities».

have a poor understanding of the relative safety of pure nicotine products including nicotine replacement therapy».

Det er åpenbart meget stor avstand mellom forslagene fra den engelske ekspertgruppen og gjeldende norsk tobakkspolitikk slik denne kommer til uttrykk med bl.a. i) en forskrift som forbyr nye nikotinprodukter (http://www.lovddata.no/for/sf/ho/xo-19_891_013-1044.html), ii) et strategidokument uten diskusjon av skadereduksjon (SHDIR 2005), iii) offentlig uttalt motstand mot bruk av snus selv for nikotinavhengige røykere med gjentatte mislykkede slutteforsøk (Huseby & Klepp 2007, Holm et al 2008) og iv) dispensasjonsnekt for salg av el-sigaretter http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/fagnytt/forbyr_elektronisk_sigarett_296754. Forskjellene mellom de norske og engelske synspunktene på skadereduksjon illustrerer at partene har helt ulik problemforståelse (jf kap 8).

4.2 Konkurransen mellom legemiddel- og tobakksindustri

Det mest fundamentale moment i skadereduksjonsdebatten er hvor mye de ulike produktene reduserer faren for helseskade, og hvilke artikler som skal kunne inngå i varespekteret. Tobakksindustrien markedsførte i 1960-årene filtersigaretterne som et skadereduserende alternativ til sigaretter uten filter, mens sigaretter med nedsatte verdier av nikotin, tjære og kullos ble lansert som skadereduserende under betegnelser som 'light' og 'mild' i 1980-årene. Observasjonstiden for bruk av disse merkene har vært lang, og epidemiologisk forskning har etter hvert kunnet vise at overgang til filter- og 'light/mild'-sigaretter innebar liten – om noen – helsegevinst (IM 2001). Disse negative erfaringene har forsynt mange på helsesiden med stor grad av skepsis til nye påståtte skadereduserende produkter fra tobakksindustrien. I 1990-årene lanserte industrien sigaretter (Eclipse, Premier, Accord) på det amerikanske markedet som ved å forbrenne ved lavere temperatur skulle frigi færre giftstoffer. Pga av lav etterspørsel ble produktene trukket tilbake etter kort tid, og den skadereduserende effekten ble aldri undersøkt.

En mer lovende tilnærming til skadereduksjon var utviklingen av de farmasøytiske nikotinerstatningsmidlene og enkelte typer røykfri tobakk. Kunnskapsoppsummeringer viser at legemidlene ikke er forbundet med store negative helseeffekter (IM 2001, RCP 2007), og til tross for tidlig motstand fra enkelte helseaktører som hadde vanskeligheter med å akseptere at nikotin skulle brukes i røykeavvenning, ble legemidlene etter hvert en anbefalt behandlingsform i Norge. De engelske retningslinj-

ene for nikotinlegemidler åpner faktisk for bruk blant 'sårbare' grupper som hjertepasienter, gravide og unge tenåringer (ASH 2005). Legemiddelindustrien er nå innlemmet som en alliert i kampen mot røykingen, og har med sin forskning bidratt til å avdemonisere nikotin. Dens framtrædende posisjon reflekteres bl.a. i en prangende tilstedeværelse ved internasjonale tobakkskonferanser hvor de gis anledning til å presentere produktrelevant forskning. Med sine ressurser har legemiddelindustrien i høy grad bidratt til å sette dagsorden for valg av problemstillinger i tobakksforskningen, kanskje med den konsekvens at enkelte andre områder kan ha blitt fortrent.

Som skal diskuteres mer inngående i kapittel 7, er legemidlene ikke særlig populære blant norske røykere til tross for deres lange etableringstid, store markedsføring, høye tilgjengelighet og anbefalingene fra helsemyndighetene. Det har sammenheng med at de med overlegg er konstruert for å være lite attraktive for å unngå misbruk. Den første generasjon av nikotintyggegummi ble eksempelvis fabrikkert med vond smak for at den skulle bli godkjent for markedet. Produktene har dessuten blitt sterkt utsatt for konkurranse fra tobakksindustriens nye snusvarianter med nedsatte verdier av tobakksesifikke nitrosaminer (lav-TSN snus). Dette er den dominerende snustypen i Norge, og til forskjell fra tidligere tiders produksjonsmåte blir tobakken i lav-TSN snus varmebehandlet, pasteurisert og oppbevart kjølig fram til forbruker (les mer om framstillingsprosessen, GothiaTek, på www.gothiatek.com).

I land der snus er tillatt solgt (for eksempel i Sverige og Norge), ser produktet ut til å ha høyere brukspotensial og 'likeability' hos røykesluttere enn de farmasøytiske nikotinerstatningsmidlene. Undersøkelser viser at snus anvendes både som *røykeavvenningsmetode* og som *nikotinsubstitusjon* for eksempel ved opphold på steder det ikke er lov til å røyke. Myndighetenes røykesluttkampanjer og innføringen av stadig flere røykfrie fellesarenaer (f.eks. i serveringsnæringen) har således bidratt til å øke snusforbruket.

Snusindustrien framhever, ikke overraskende, at lav-TSN snus har de egenskaper som legemidlene mangler for å være effektivt skadereduserende – de er populære og doserer nikotin nesten som sigaretter men med en betydelig redusert helseserisiko. I tillegg gir snusbruk (merkevalg, estetisk bruksritual, synlighet) grunnlag for sosial posisjonering og selvpresentasjon (Nordby & Wood 2008). Snus – i motsetning til nikotintyggegummi og nikotinplaster – har identitetsformative bruksfunksjoner identisk med de sigarettene tilbyr. Industrien mener derfor at snusbruk representerer den hittil mest lovende løsningen på dagens røykeproblem. Snus er det eneste

produktet på markedet som kan konkurrere med sigaretter. At snus – i motsetning til legemidlene – fører til samme nikotinavhengighet som sigaretter, velger industrien enten å underkommunisere eller de framhever at nikotin (-avhengighet) *per se* ikke representerer noen betydelig helserisiko.

Grunnet fortidens mange tvilsomme disposisjoner (Glantz et al 1996), sliter tobakksindustrien med lav troverdighet i skadereduksjonsdebatten. Selv om Swedish Match – hovedleverandøren av snus til det norske markedet – ikke produserer sigaretter, betraktes de som en del av tobakksindustrien og deres synspunkter møtes automatisk av skepsis³.

³ Swedish Match produserer ikke sigaretter, men bruker sitt distribusjonssystem til å forsyne tobakksforhandlere i Sverige (men ikke i Norge) med sigaretter fra andre produsenter.

5 Kan snus innlemmes som et skadereduserende produkt?

5.1 Skadereduksjon på individnivå

Fordi lav-TNS snus har seilt opp som det suverent mest relevante av de skadereduserende alternativene til sigarettene, blir det utført mye medisinsk forskning om dets helseeffekter. I tillegg til at EU-kommisjonen (SCENIHR 2008) og IARC (Cogiliano et al 2004) har nedsatt komiteer for å lage vitenskapelige kunnskapsoppsummeringer om forskningen på snusbruk og helseeffekter, er slike også foretatt av myndighetsoppnevnte ekspertkomiteer i Norge (Dybing et al 2005), Sverige (Cnattingius et al. 2005) og New Zealand (Broadstock 2007). I flere arbeider har det vært sentralt å sammenligne helseeffekter mellom lav-TSN snus og sigaretter. Den mest systematiske komparative analyse ble utført i 2008 av *Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks* (SCENIHR) på oppdrag fra EU-kommisjonen. Komiteen tok for seg hver sykdomsgruppe hvor sigarettøyking har betydning, og sammenliknet disse med helseeffektene fra snusbruk. Forskjellene viste seg å være meget store:

Respiratory disease: *Respiratory diseases, predominantly lung cancer, COPD and pneumonia, account for 46 % of the deaths caused by cigarette smoking in the EU. There is no consistent evidence that any STP (smokeless tobacco product) cause any of these major respiratory diseases. Complete substitution of STP for tobacco smoking would thus ultimately prevent nearly all deaths from respiratory disease currently caused by smoking, which in total represent nearly half of all deaths caused by smoking.*

Cardiovascular disease: *Cardiovascular disease accounts for 28 % of deaths caused by smoking in the EU. For snus, several published studies provide estimates of relative risk for both snus and smoking in the same populations, and all indicate that the risk of snus use is less. It is therefore reasonable to draw a conservative conclusion that*

substitution of smoking by snus use would, in due course, reduce the cardiovascular mortality that currently arises from tobacco use by at least 50 %.

Oral and GI cancer: *Although responsible for relatively few deaths in comparison with the above causes among smokers, the combined risk of oral and pharyngeal, esophageal or pancreatic cancer is increased by smokeless tobacco use and are therefore important to consider. Thus it is evident that the risk of pancreatic cancer associated with snus use is less than that of smoking, and for oral cancer substantially so. Since the numbers of deaths from these diseases is relatively small, the public health impact of this reduced risk, if snus were to replace smoking, would also be modest.*

Passive smoke effects: *Since STP do not produce smoke they will not cause any of the health problems linked to passive smoke exposure in adults or children. Substitution of snus for smoked tobacco would therefore prevent the passive smoke-related diseases.*

Rapporten konkluderte slik:

*Overall therefore, in relation to the risks of the above major smoking-related diseases, and with the exception of use in pregnancy, STP are **clearly less hazardous**, and in relation to respiratory and cardiovascular disease **substantially less hazardous**, than cigarette smoking. The magnitude of the overall reduction in hazard is difficult to estimate, but as outlined above, for cardiovascular disease is at least 50 %, for oral and GI cancer probably also at least 50 %, and for respiratory disease close to 100 %.*

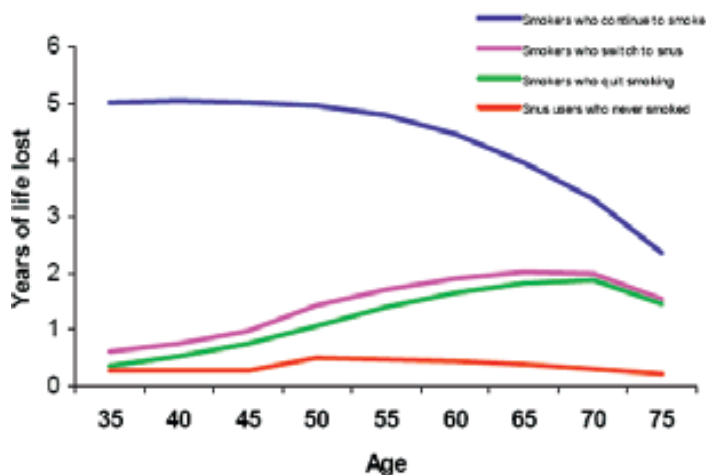
Royal College of Physicians (2007), en prestisjetung vitenskapelig institusjon i den britiske legeföreningen, utførte en sammenligning av sigaretter og snus året før og trakk en lignende konklusjon:

Therefore, in relation to cigarette smoking, the hazard profile of the lower risk smokeless products is very favorable (RCP 2007: 161).

En studie basert på et modifisert Delfi-design⁴ konkluderte at den totale sykdomsrisiko ved snusbruk høyst sannsynlig var minst 90 % lavere enn ved røyking. Blant annet mente ekspertgruppen at risikoen ved snusbruk sammenliknet med røyking var 70–85 % lavere for kreft i munnhule, 97–98 % lavere for kreft i lunge og 90 %

⁴ En metode for ekspertgruppevurdering som brukes når beslutningsgrunnlaget er lite robust.

lavere for hjerte-kar-sykdommer (Levy et al. 2004). En simuleringsmodell som bl.a. baserte seg på disse risikoestimatene ble nylig publisert i The Lancet og viste at overgang til snus fra røyking ikke representerte stor forskjell i overlevelse sammenlignet med røykere som ble helt tobakksfrie (Gartner et al. 2007).



Estimated years of life lost by male smokers, male smokers who quit smoking, male smokers who switch to snus, and male snus users. Drawn on the basis of data from Gartner et al. (2007)

Mer presist fant Gartner et al (2007) at antall tapte leveår for 40-årige menn som kunne tilskrives tobakksbruk ble 5,04 år for røykere som ville fortsette å røyke, 0,53 år for røykere som sluttet med all tobakksbruk, 0,77 år for røykere som byttet til snus og 0,28 år for snusbrukere uten tidligere røykeerfaring.

Henley et. al (2007) analyserte data fra den store American Cancer Society Cancer Prevention Study II. Etter 20 års oppfølging hadde røykere som byttet til røykfri tobakk (av amerikansk type) en ubetydelig høyere risiko for død enn røykere som helt sluttet med tobakk (HR 1.08, 95 % konfidensintervall 1.01–1.15). Den amerikanske snusen er ikke framstilt etter GothiaTek standard, og har vesentlig høyere innhold av helsefarlige stoffer enn de snustyper som brukes i Norge og Sverige (Stepanov et al 2008).

Om de store skadereduserende effektene for det enkelte individ ved overgang fra sigaretter til snus er det liten diskusjon i fagmiljøene. Det har imidlertid vært bety-

delig uenighet om hvilken effekt tilgjengelighet til snus kan ha på samfunnsnivå. Et sentralt spørsmål som diskuteres i denne sammenheng er om en eventuell opphevelse av snusforbudet i EU vil resultere i tap eller gevinst for folkehelsen (SCENHIR 2008).

5.2 Skadereduksjon på samfunnsnivå

For å regne seg fram til nettoeffekter for folkehelsen, må oppgaven operasjonaliseres i minst ni mindre spørsmål.

I Røykeslutt:

- a Hvor mange røykere som ellers aldri ville ha klart å slutte, vil kunne klare det med snus?
- b Hvor mange røykere som eller ville ha kunne klart å slutte helt med tobakk, vil begynne å bruke snus isteden?
- c Hvor mange røykere som slutter å røyke ved hjelp av snus, fortsetter å bruke snus?

II Dobbelbruk:

- a Vil tilgjengeligheten til snus resultere i dobbelbruk av snus og sigaretter?
- b Representerer dobbelbruk en midlertidig, forbigående fase mot røykeslutt?
- c Innebærer kombinasjonsbruk av snus og sigaretter redusert røykeintensitet, og vil eventuelt reduksjonen være så stor at den får helsemessig betydning?

III Rekruttering:

- a Vil vi få brukere av snus som ellers aldri ville ha begynt med tobakk?
- b Vil snus kunne føre til påfølgende oppstart av røyking (gateway)?
- c Vil ungdom som ellers ville ha begynt å røyke begynne med snus isteden (immunisering)?

IV Overføringsverdi:

- a Vil nettoeffektene observert i ett land, for eksempel Sverige, også gjelde i andre land uten samme forbrukshistorie for snus (for eksempel Tyskland)?

Å finne sikre svar på disse spørsmålene er meget utfordrende forskningsoppgaver som i det minste forutsetter observasjonsdata (naturlig ikke-kontrollert eksperiment). Derfor har empiriske undersøkelser av tobakksatferden i Norge, Sverige og deler av USA – hvor snusbruk er tillatt og utbredt – fått spesiell oppmerksomhet internasjonalt. Vi opplever nå samme interesse for våre data som vi gjorde den gang

Norge var blant de første land i verden som innførte et totalt reklameforbud mot tobakksvarer (1975) og et totalt røykeforbud i serveringsbransjen (2004).

SIRUS samarbeider både med svenske og amerikanske forskningsmiljø for å kunne belyse disse spørsmålene. Instituttet har ansatt doktorgradsstipendiater som arbeider med flere av problemstillingene og har i samarbeid med Helsedirektoratet samlet inn ekstraordinære data for å kunne belyse noen av spørsmålene. I forestående engelskspråklige artikler vil det bli redegjort for resultater fra norske data, men dette ligger foreløpig et stykke fram i tid. I påvente skal vi derfor redegjøre for hva ulike tobakkseksperter mener om nettoeffekten av snus – oppfatninger som mer er basert på logiske resonnement, simuleringsmodeller og ekkologiske aggregatdata enn empirisk testing av de ni spørsmålene ovenfor.

5.2.1 Tobakksrelatert syke- og dødelighet i Sverige

I Sverige, hvor tobakkskonsumet pr forbruker er noe høyere enn i Norge men hvor mer enn halvparten (58 % i 2007) lenge har blitt konsumert som snus, finnes den laveste tobakksrelaterte dødelighet i den vestlige verden (Peto et al 2005). I takt med økt snusbruk har tobakksrelatert mortalitet gått ned. En beregning fra 2004 viste at 15 EU-land ville hatt 200 000 færre årlige tobakksrelaterte dødsfall blant menn med 'svenske' tobakksvaner (Rodu & Cole 2004). Svenske kvinner har hatt omtrent samme andel røykere som i andre EU-land, og dette er reflektert i en noenlunde tilsvarende dødelighet mellom landene. Den svenske nikotinforskeren Karl Olov Fagerström har i flere artikler argumentert for at tilgjengeligheten til snus har resultert i en netto helsegevinst i Sverige (Fagerström & Schildt 2003).

5.2.2 Bruks- og risiko ekvilibrium

En bekymring ved skadereduksjonsprodukter er hvis disse vil bli benyttet av personer uten forutgående erfaring med nikotin eller av personer som ellers hadde klart å slutte med tobakk på annen måte. Blir det mange nok brukere kan dette resultere i et netto tap for folkehelsen. En tilnæringsmetode kalt bruks- og risiko-ekvilibrium adresserer dette aspektet ved skadereduksjon. Metoden tar utgangspunkt i størrelsen på risikoreduksjonen på individnivå ved overgang fra sigaretter til for eksempel lav TSN-snus (om lag 90 %), og estimerer antall nye brukere av snus som behøves for å produsere et nettotap på samfunnsnivå. Den forskningen som til nå er utført (Kozłowski 2001, Gartner et al 2007) viser et scenario der antall nye brukere av snus må komme opp i helt urealistiske proporsjoner for å utligne den positive effekten av hver røyker som går over til snus.

«For net harm to occur, 14–25 ex-smokers would have to start using snus to offset the health gain from every smoker who switched to snus rather than continuing to smoke. Likewise, 14–25 people who have never smoked would need to start using snus to offset the health gain from every new tobacco user who used snus rather than smoking. Current smokers who switch to using snus rather than continuing to smoke can realise substantial health gains. Snus could produce a net benefit to health at the population level if it is adopted in sufficient numbers by inveterate smokers. Relaxing current restrictions on the sale of snus is more likely to produce a net benefit than harm, with the size of the benefit dependent on how many inveterate smokers switch to snus» (Gartner et al 2007.)

5.2.3 Empiriske undersøkelser av gateway-hypotesen

I Norge er det en økende nyrekruttering av snusbrukere blant ungdom uten forutgående røykeerfaring. En potensiell helsegevinst vil kunne oppnås dersom bruk av snus i denne aldersgruppen skulle tjene til å immunisere mot seinere oppstart av røyking. Dersom snusens nye popularitet istedet tjener til å rekruttere tobakksbrukere som ellers aldri ville ha begynt med tobakk overhode, vil dette på sikt kunne føre til redusert folkehelse. En betydelig reduksjon i folkehelsen vil vi kunne risikere dersom mange av de unge snusbrukerne etter en tid går over til sigaretter – enten i tillegg til snus eller istedenfor snus. Spørsmålet er om bruk av snus i slike tilfeller kan betegnes som en introduksjonsport til røyking (gateway-hypotesen). I så tilfelle må man kunne vise at ungdom som går over til røyking ikke ville ha gjort dette hvis det ikke hadde vært for den brukererfaring med tobakk de hadde tilegnet seg som forutgående snusbrukere. Alternativt kan det være slik at ungdom som uansett ville ha begynt å røyke (de predisponerte) av forskjellige og kanskje tilfeldige årsaker legger inn en midlertidig startfase med snusbruk. I dette tilfelle kan snusbruk ikke betegnes som en introduksjonsport.

Ved SIRUS er det startet opp et forskningsprosjekt for å belyse den rolle snus spiller for oppstart av røyking blant ungdom. På dette område har det en stund pågått en heftig debatt (O'Connor et al, 2003; Kozlowski et al., 2003; Tomar & Loree, 2004), og i den internasjonale forskningslitteraturen er det uttrykt behov for å få belyst trappetrinnsypotesen med data som gir mulighet for å trekke kausale slutninger.

Noe vet vi imidlertid allerede. Det segmentet av snusbrukerne som har begynt med snus og etterpå tatt opp sigarettøyking – de såkalte 'potensielle kausalbrukere' – utgjør kun et lite mindretall av dagens snusbrukere. Flertallet av snusbrukerne er såkalte 'ikke-kausale brukere' fordi de enten ikke røyker i tillegg eller de har begynt

å røyke tidligere enn opptaket av snus. Dette tilsier at en eventuell gateway-effekt uansett må være beskjeden. Bekymringen ligger imidlertid i at den gjennomsnittlige debutalder for snus er i ferd med å gå ned, mens debutalderen for røyking er noenlunde stabil. Samtidig øker andel snusbrukere mens andel røykere går ned. Disse mekanismene betyr nødvendigvis at antallet 'potensielle kausalbrukere' vil komme til å øke. Sagt på en annen måte, stadig flere begynner å bruke snus på et stadig tidligere livsløpstidspunkt, mens stadig færre ungdommer begynner å røyke. Om en gateway mekanisme fra snus til sigaretter eksisterer, vil dens effekt forsterkes under disse betingelsene.

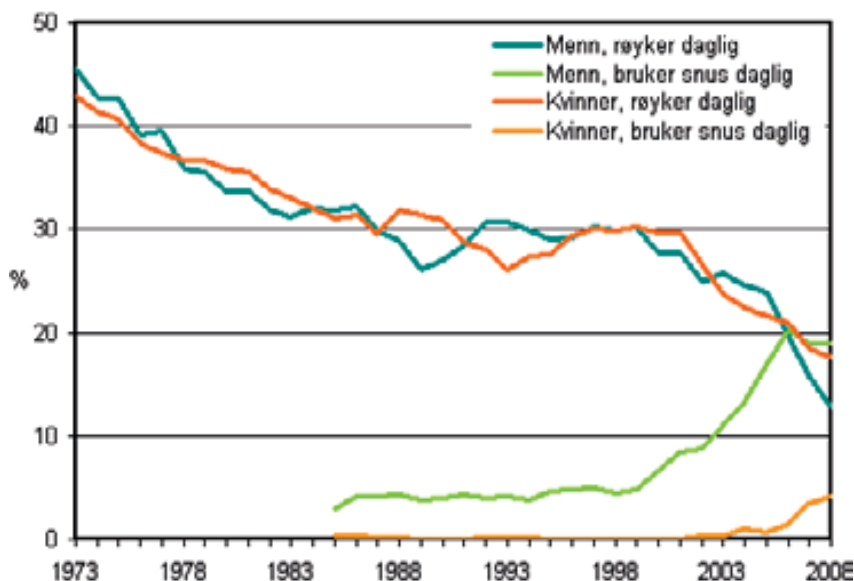
Det er utført flere longitudinelle (Galanti et al, 2001, 2008; Tomar, 2003; Ary et al., 1987; Haddock et al., 2001, Furberg et al 2005, 2008) og retrospektive studier (Ramström & Foulds 2006, Kozlowski et al. 2003, Tomar et al., 2004; Peterson et al, 1989) som har adressert spørsmålet om snus øker sannsynligheten for påfølgende oppstart av røyking. Det empiriske grunnlaget går nå i retning av at dette i liten grad kan være tilfellet. SCENIHR rapporten oppsummerte forskningen på denne måten:

«No systematic reviews have been published on the subject. The Swedish data, with its prospective and long-term follow-up do not lend much support to the theory that smokeless tobacco (i.e. Swedish snus) is a gateway to future smoking. In the USA, the interpretation of two studies is divergent. The marked social, cultural and product differences between North America and Europe, suggest caution in translating findings» (SCENIHR 2008:108).

Det er å bemerke at ingen forskningsdesign til nå har adressert spørsmålet om introduksjonsport med et strengere krav til kausalitet enn å avdekke økninger i sannsynlighet. Ambisjonen ved SIRUS er å tilføre kunnskap på bakgrunn av design med strengere kausalitetskrav. I dette ligger det for det første å kontrollere for spuriøsitet (kun én undersøkelse har for eksempel modeller med psykososiale bakgrunnsvariable). Dernest er det sentralt å avdekke de underliggende mekanismene som eventuelt skulle kjede sammen den statistiske korrelasjonen mellom snus og påfølgende oppstart av røyking. Til sist må man kunne vise at ungdom som går over til røyking ikke ville ha gjort dette hvis det ikke hadde vært for den brukererfaring med tobakk de hadde tilegnet seg som forutgående snusbrukere. Gjennom å trygge kausalitetskravet og forfølge introduksjonsrekkefølgen, kan prosjektet ved SIRUS bidra med unike data for å belyse problemstillingen.

Hvis snus hadde hatt *stor betydning* som en introduksjonsport til røyking, ville en logisk konsekvens være at den dramatiske økningen i snusbruk blant unge menn etter hvert skulle ført til økning i røyking. Figuren nedenfor viser imidlertid en sterk reduksjon i røyking blant menn i alderen 16–24 år. Det kan likevel forekomme at snus øker risikoen for å røyke for *noen*.

Daglig bruk av sigaretter og snus blant kvinner og menn i alderen 16–24 år. Kilde: Statistisk sentralbyrå



5.2.4 Empiriske undersøkelser av snus ved røykeslutt

En rekke svenske (Rodu et al 2002, 2003, Lindström et al 2002, Gilljam & Galanti 2003, Stegmayr et al. 2005, Ramström & Foulds 2006) og norske (Lund et al 2007, Lund et al 2008b) undersøkelser har funnet at slutteraten for røyking er høyere blant nåværende og forhenværende snusbrukere enn blant røykere uten noen brukserfaring med snus. Dette indikerer at snus øker sannsynligheten for å klare å slutte å røyke. Det betyr selvfølgelig ikke at snus er en *nødvendig* eller *tilstrekkelig* forutsetning for røykeslutt.

Unntaket er av-og-til brukere av snus i Norge, der slutteraten for røyking er lav. Sannsynligvis skyldes dette at av-og-til brukerne av snus – som utgjør nesten halvparten av brukerne i Norge – også bruker snus av andre grunner enn å slutte helt å røyke (for eksempel nikotinsubstitusjon ved opphold på røykfrie arenaer). Det kan også skyldes at av-og-til-brukerne av snus på undersøkelsestidspunktet fortsatt befinner seg i et midlertidig transisjonsstadium på vei mot total røykestopp. Dette er forhold som skal undersøkes videre på SIRUS. I Sverige hvor snusepidemien er i en lengre framskreden fase, er innslaget av av-og-til-brukere av snus langt lavere enn i Norge. Dette kan indikere at av-og-til bruk av snus vil bli redusert når varigheten av den historiske brukstiden øker.

SCENIHR-rapporten konkluderte slik om den rolle snus har i røykeslutt:

«Observational data from Sweden indicate that snus has been used more often than pharmaceutical nicotine products by some men as an aid to stop smoking. The data are consistent in demonstrating these male snus users are more likely to quit smoking than non-users. In these uncontrolled, retrospective studies, results on par with those achieved with nicotine replacement products and above, are quoted. A side effect, however, is that 60 % or more smoking abstainers become chronic snus users. There are no published randomised clinical trials of use of smokeless tobacco in smoking cessation, and in the absence of such evidence it is not possible to draw reliable conclusions as to the relative effectiveness of smokeless tobacco as an aid to clinical smoking cessation in comparison with either placebo or other established therapies» (SCENIHR 2008: 110).

Rapporten slo altså fast at i) snus brukes oftere enn NRT ved røykeslutt, ii) snusbrukere har høyere slutterate for røyking, iii) mange av de som hadde lyktes med å slutte å røyke med snus var på undersøkelsestidspunktet fortsatt snusbrukere og iv) det er et utilstrekkelig grunnlag for å kunne trekke konklusjon om snus har større effekt for røykeslutt enn NRT.

I Norge var Nasjonalt folkehelseinstituttets divisjonsdirektør Erik Dybing raskt ute med å forsyne allmennheten med sin tolkning av SCENIHR-rapporten. I avisintervjuer og på Folkehelsas hjemmeside opplyste Dybing:

«Det finnes ikke noe vitenskapelig grunnlag for å anbefale snus som et godt hjelpemiddel i røykeavvenning».

Kanskje var det tilsiktet – kanskje var det et uhell – men semantikken i Dybings budskap åpnet for et tolkningsalternativ som på ingen måte samsvarer med konklusjonen i rapporten om at det foreløpig var et utilstrekkelig grunnlag for å sammenlikne effekt på røykeslutt fra snus og NRT. Folkehelsas/Dybings budskap kunne like gjerne leses: vitenskapen har talt og funnet at snus ikke er noe godt hjelpemiddel for røykeslutt. Oppslagene som fulgte i media tydet på at det nettopp var dette budskapet journalistene dekodet. Et talende eksempel var overskriften i Nettavisen «Snus kan på ingen måte brukes som et alternativ til røykeslutt» http://pub.tv2.no/nettavisen/side2/helse/article1_260_968.ece.

En prioritert framtidig forskningsoppgave ved SIRUS vil være å frambringe et bedre kunnskapsgrunnlag om den effekt snus har ved røykeslutt sammenlignet med andre metoder.

5.3 Kan snus regnes inn blant skadereduserende produkter?

Til tross for at snus sannsynligvis øker risikoen for kreft i bukspyttkjertel og spiserør (Bofetta et. al 2008, SCENIHR 2008) (men risikoøkningen er altså langt lavere enn for sigaretter), så er forskningen entydig i sin påvisning av at snus representerer en mye mindre farlig (*substantially less hazardous*) nikotinkilde. Gevinsten på individnivå er dermed åpenbar, men det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til den eksakte nettoeffekten på samfunnsnivå. Bruksmåten for snus i Sverige og Norge tilsier at nettoeffekten nødvendigvis må være positiv i alle fall i disse landene. Enkelte har imidlertid understreket at kulturelle forskjeller til andre land vil svekke overføringsverdien av våre erfaringer (Chapman & Freeman 2007, SCENIHR 2008). Shu-Hong et al (2009) har bla argumentert empirisk for at den transisjon fra røyking til snus som er observert i Sverige ikke ser ut til å bli gjenfunnet i USA.

Den amerikanske foreningen for samfunnsmedisinere er meget klar på at tobakksprodukter som snus bør innlemmes i arsenalet av artikler for skadereduksjon:

«While some have proposed limiting harm reduction to medical nicotine products, such a limitation would likely place the reduced risk out of reach of rebellious teens, socially disadvantaged minorities, gays and other high risk groups. We are therefore recommending that the approach to harm reduction be based on tobacco products sold in the same retail outlets as cigarettes, and at comparable prices» (AAPHP 2008: 3).

Inntar vi samfunnsmedisinernes ståsted blir det aktuelt å stille følgende spørsmål: Gitt at målet med den statlige tobakkspreventive politikken er å redusere tobakksrelatert dødelighet i Norge – og ikke eliminere tobakksbruk *per se* – bør myndighetene da innta et mer pragmatisk syn på den rolle snus kan spille for måloppnåelsen?

Et noe mer ‘kapitulerende’ synspunkt om snus som skadereduksjonsprodukt ble nylig tilkjennegitt av en gruppe engelske forskere. I artikkelen «*The place for harm reduction and product regulation in UK tobacco control policy*» erkjente først forfatterne at en opphevelse av snusforbudet i England sannsynligvis ville komme til å redusere tobakksrelatert syke- og dødelighet vesentlig. Men fordi snusspørsmålet så til de grader splitter helsesiden og dermed bidrar til å distrahere arbeidet mot tobakk, anbefalte forskerne at man inntil videre burde utelukke snus fra diskusjonen om akseptable skadereduserende produkter (Gilmore et al 2008). Forskerne tok altså konsekvensen av at kunnskapsstatusen om snus som skadereduksjon ennå befinner seg i en preparadigmatisk erkjennelsesfase⁵ uten vitenskapelig konsensus (Kuhn 1970), og valgte en minste motstands vei.

⁵ Ifølge Kuhn (1970) utvikler vitenskapen seg i sprang (revolusjoner). Før forskningen enes om de mest hensiktsmessige teoriene og metodene, har man et utgangspunkt (preparadigmatisk fase) der flere forskjellige skoleretninger for kunnskapserkjennelse eksisterer parallelt og i konkurranse med hverandre.

6 Fravær av skreddersydde virkemidler for de gjenstående røykerne

Den gjenstående gruppen av 23 % dagligrøykere i Norge er som kjent sterkt overrepresentert av personer med kort utdanning (Lund & Lindbak 2007). I en undersøkelse om røyking og sosial ulikhet i 2005 konkluderte Lund & Lund (2005):

«Undersøkelsen bekrefter at røyking nå gjenstår som en atferd knyttet til sosial klasse og tilhørighet (deklassert atferd). Den idealtypiske røyker er en middelaldrende, skilt Fremskrittspartivelger fra Nord-Norge med kort utdanning, lavt lønnet arbeid i industrien eller plassert utenfor arbeidsstyrken...Røykere i lavere sosiale lag har i tillegg høyere røykeintensitet, forbruker oftere de farligste tobakksproduktene, har lavere gjennomsnittlig debutalder og større aksept for passiv røyking, færre har regler for å begrense røyking hjemme, og de er oftere feilinformert om helsefarene ved de ulike tobakkstypene....Den sosiale gradienten i utbredelsen av røyking representerer en stor utfordring i målsettingen om å redusere fremtidig ulikhet i helsestatus i befolkningen. Det er behov for å målrette intervensjoner mot lavere sosiale lag, men kunnskapsgrunnlaget for å utvikle slike tiltak er svakt.»

Samfunnsmedisineren Per Fugelli (2003) har uttrykt en bekymring for at det forebyggende helsearbeidet produserer stigma ved gjentatte ganger å velge ut vanskeligstilte grupper og markedsføre deres elendighet uten å kunne gjøre noe særlig med den. Leder av Helse Sør-Østs kompetansesenter for helsetjenesteforskning, lege Pål Gulbrandsen uttrykte det samme i 2003:

«En finurlig form for ydmykelse av de lavere lag av folket utføres av de som driver moderne helseopplysning...Moderne anvendelse av massemedier i helseopplysningskampanjer har i alle fall ett underliggende budskap de syke og fattige forstår: «Dere er ikke bare syke og fattige – dere er dumme også». Slik kan helsens opplysere gjøre selvbildet mørkere for folk» (Gulbrandsen 2003: 118–32).

6.1 Hvor stor er den harde kjerne av ubevegelige røykere?

Mange av røykerne er i en livssituasjon hvor det å mestre opphør fra sigarettene sannsynligvis oppleves som vanskelig. Den populasjonen av røykere som var målgruppe for det tiltaksrettede arbeidet i 1970- og -80 årene, var sannsynligvis lettere å atferdsmodifisere enn de vi i dag står igjen med. I røykeatferdsforskningen har det blitt lansert en hypotese (*the hardening hypothesis*) om at vi vil komme til å gjenstå med en stadig mindre påvirkbar gruppe etter hvert som prevalens av røykere reduseres. Dels fordi et mindretall av disse av ulike årsaker faktisk ønsker å fortsette å røyke, men også fordi de til tross for ønske om det motsatte ikke klarer å slutte grunnet sterk individuell nikotinvhengighet⁶.

Med støtte fra Norges Forskningsråd for perioden 2009–2011 skal SIRUS starte opp et doktorgradsprosjekt med sikte på å studere «*the hardening hypothesis*» mer inngående. Når vil vi i Norge 'stange mot' en hard kjerne av røykere som nærmest er uberørt av de tradisjonelle statlige intervensjoner? I øyeblikket fortsetter andel røykere å synke i befolkningen, og foreløpige analyser indikerer at vi fortsatt har et stykke igjen før vi treffer 'det ubevegelige grunnfjellet' (*hard core smokers*) – hvis dette i det hele tatt finnes. Det er kanskje først når nedgangen i røyking stopper at skadereduksjon for alvor vil bli aktualisert som et politisk handlingsalternativ? Kunnskapen fra 'hard-core prosjektet' vil derfor ventelig inngå som relevant for beslutningsrunnlaget for en eventuell skadereduksjonspolitik hos myndighetene.

En identifisering av adressater for skadereduksjon kan for eksempel være røykere med mange mislykkede sluttetforsøk bak seg. I Norge hadde 45 % av røykerne utført tre eller flere og 20 % utført fem eller flere mislykkede sluttetforsøk (data slått sammen for perioden 2003–2007, N=1192). En annen framgangsmåte er å definere segmentet med behov for skadereduksjon ved bruke svar på flere spørsmål, for eksempel om forbruksintensitet, slutteintensjon og tidligere sluttetforsøk. Med en slik metode ble det funnet at segmentet av 'hard-core smokers' utgjorde 16 % av dagligrøykerne i Norge (Lund 2006).

⁶ Nikotinvhengighet kjennetegnes bl.a. av økt motivasjon for gjentatt bruk, toleranseutvikling for visse stoffvirkninger og ubehagsreaksjoner ved opphør som spenner fra negativt stemningsleie og depresjon til fysisk ubehag.

Uansett definisjonskriterier – et relativt stort segment av røykerne i Norge klarer ikke eller ønsker ikke å slutte å røyke. Med oppstart i tenårene og fortsatt røyking utover 35års-alder, har disse menneskene en 50 % risiko for å dø av en sykdom relatert til sigarettbruk. Skadereduksjon må betraktes i dette perspektiv.

Det er imidlertid viktig å understreke at overgang til mindre farlige nikotinprodukter vil affisere *alle* nåværende og framtidige røykere – ikke bare ‘det ubevegelige grunnfjellet»!

6.2 Sosiale gradient og tilpassede tiltak

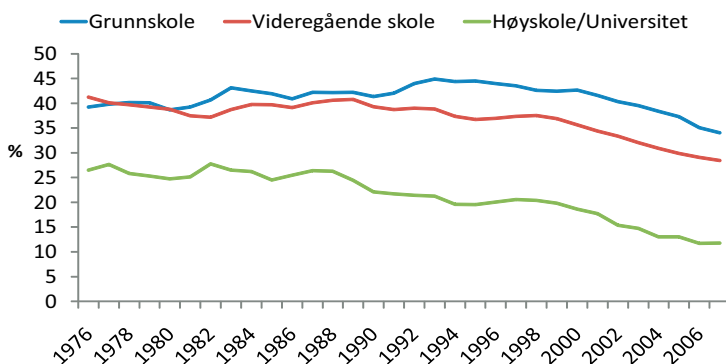
Den sosiale gradienten vi ser i dagens utbredelsesmønster har vært observert i mange tiår i de land som har den lengst framskredne posisjonen i røykingens spredningsfaser, blant dem Norge. Jakten på skreddersydde tiltak overfor røykere som bl.a. kjennetegnes av kort utdanning, har vart lenge. Kunnskapsoppsummeringene på området har ikke avdekket tiltak som myndighetene har kunnet implementere med sikte å utligne gradienten i røykemønsteret (Sørensen et al 2004) (kanskje med unntak av avgiftsinstrumentet) (Thomas et al 2008, Main et al 2008). Den norske rapporten fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten – *Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status* (Steiro et al 2007) – er et eksempel på det. Tvert imot konkluderte rapporten med at de fleste intervensjoner hadde bedre effekt i høyere sosialgrupper:

«Et tankevekkende resultat fra denne oppsummeringen er at flere studier viste bedre resultater for grupper med høy inntekt og utdanning. Det betyr at det blir større forskjeller i mellom de sosioøkonomiske gruppene» (Steiro et. al 2007: 5).

Funnet er konsistent med resultatet fra en systematisk oppsummering av effektforskjeller fra massemediebaserte anti-tobakkskampanjer i ulike sosiale lag. Kampanjer var oftest mest virksomme for røykere med lang utdanning og høy inntekt (Niederdeppe et al 2008). Basert på undersøkelser utført i USA, Canada, Australia og Vest-Europa, konkluderte oppsummeringen:

«We find that there is considerable evidence that media campaigns to promote smoking cessation are often less effective, sometimes equally effective, and rarely more effective among socioeconomically disadvantaged populations relative to more advantaged populations» (Niederdeppe et. al 2008: 1343).

Andel som røyker daglig etter utdanningsnivå, 25-74 år, 1976-2007 (treårig glidende gjennomsnitt)



6.3 Problematferd og psykiske lidelser blant gjenstående røykere

Ny forskning viser at gruppen gjenstående røykere i vestlige land kjennetegnes av annen problematferd (problematferdsyndromet), samt av psykiske lyter inkludert schizofreni, depresjon, ADHD, Tourette's syndrom, bipolare lidelser og angst. Hvor stort akkurat dette segmentet av røykere er, har vi ingen eksakt oversikt over i Norge. I USA er det derimot beregnet at 44 % av det totale tobakkskonsumet forbrukes av personer med «*past month mental disorder*» (Lasser et al 2000). Ken Warner (2007) hevder at røyking i denne sub-gruppen ikke bare må forstås i lys av avhengighet og identitetskonstruksjon, men at motivet også kan være selvadministrering av nikotin (og kanskje andre kjemikalier) for å behandle en komorbid tilstand. Subgruppen av psykisk syke – anslagsvis 20–40 % av røykerne (Warner 2007) – kommer i tillegg til de som uten slike tunge vedheng av andre grunner fortsetter å røyke mot sin egen vilje.

«In my judgement, the most important fact about today's smokers is that many of them – perhaps as many as half – are suffering from some form of mental illness or other substance use. As a group they find quitting more difficult, and perhaps of less interest. Increasingly, tobacco-control policies and smoking cessation treatments must

focus on addressing the needs of this growing population who smoke to deal with a variety of problems that may have had little relevance to previous generations of smokers who quit relatively easy». (Warner 2007: 315).

6.4 Føre-var-prinsippet

Som understreket flere steder i rapporten hersker det ingen tvil om at bruk av snus, og i mindre grad nikotinlegemidler, medfører en viss helserisiko. Norske helsemyndigheter har derfor i flere sammenhenger påberopt seg et føre-var prinsipp, spesielt når det gjelder snus som et skadereduserende produkt. I dette ligger det en bekymring for at i) anerkjennelsen av snus som et røykeavvenningsprodukt for etablerte røykere også vil komme til å normalisere snusbruk blant ungdom uten forutgående røykeerfaring. Denne bekymringen kombineres med erkjennelsen av at ii) de eksakte langtidsvirkningene ved bruk av lav-TSN snus ennå ikke er avklart for ungdom som starter med snus tidlig i livsløpet pga for kort observasjonstid. Før vi kjenner langtidskonsekvensene bør vi ikke tilrå bruk av snus som et skadereduserende alternativ til sigaretter, i henhold til føre-var prinsippet.

Andre vil hevde at det er verd å ta denne risikoen fordi dagens kunnskapsgrunnlag indikerer at nytten uansett vil være mye større enn skadene (Gray 2004). I løpet av den perioden myndighetene bekjenner seg til et føre-var-prinsipp og fortsetter å ekskludere skadereduksjon fra sine strategiplaner, vil vi altså kunne risikere at svært mange mennesker vil bli syke og dø helt unødvendig. Å innta en 'sitte-på-gjerdet-posisjon' med et føre-var prinsipp inntil 'ting er avklart' vil fryse status quo der 6700 mennesker fortsetter å dø årlig.

Tilhengerne av føre-var prinsippet krever ofte meget streng evidens på skadereduksjons-effektene ved bruk av snus. Det ligger imidlertid i problemets natur at det er umulig å anvende randomiserte kontrollerte forsøk for å komme til kunnskap om eksakt redusert risiko. Et slikt urimelig krav på evidens ble selvsagt heller ikke anvendt den gang man bygget opp forståelse rundt prematur dødelighet som følge av røyking (Kozlowski et al 2003). Resultater fra epidemiologiske observasjonsstudier ble betraktet som et tilstrekkelig handlingsgrunnlag da. Kravet bør ikke være annerledes nå.

7 Ubalanse mellom samfunnsskapt sluttemotiv og assistanse til røykeslutt

Norske røykerne bedriver nå sin atferd i et meget tobakksfiendtlig normklima (Pedersen 2008). Det symbolske innholdet er negativt, praksis kan kun utøves på begrensede oppholdsarenaer, gjentatte kampanjer opprettholder et kognitivt informasjonstrykk og prisnivået er høyt. Kort sagt, 'samfunnet' har skapt sterke incitamenter for å slutte. Om lag 75 % av de norske røykerne har gjort gjentatte mislykkede forsøk på å slutte (Lund & Lindbak 2007) og så å si alle røykere angrer på sin oppstart (Fong et. al 2004). Spørsmålet er om assistansen som tilbys de resterende røykerne – med sine spesielle karakteristika – oppleves som adekvat, tilstrekkelig og effektiv? Forskning har avdekket at dette ikke er tilfelle.

Det før omtalte prinsippnotatet fra de fem nordiske helsedirektørene hevdes det:

«det finnes evidensbaserade metoder för rökavvänjning. Metodarna som har bäst effekt är en kombination av stöd och mediciner» (Holm et al 2008: 3502).

Troen på at assistanse fra helsepersonell og dagens legemidler kan utrydde tobakksbruk ble også nylig understreket i en JAMA artikkel «*A clinical blueprint to accelerate the elimination of tobacco use*» (Fiore & Jaén 2008). En kritisk gjennomgang av Cochrane-oppsummeringer om effekter, effektens varighet og studier av 'real-world' implementeringer er imidlertid egnet til å moderere optimismen.

7.1 Hvilken effekt har nikotinlegemidlene på slutteraten?

Svaret avhenger av hvem man spør!

«Faktisk dobler du sjansen for røykeslutt hvis du bruker nikotinprodukter». «Ved å bruke NICORETTE® fordobler du faktisk dine sjanser til å lykkes, sammenliknet med om du bare stoler på viljestyrken».

Påstandene ovenfor om en 100 % effektøkning kommer fra de farmasøytiske leverandørene av henholdsvis Nicorette og Nicotinell nikotinprodukter (<http://www.nicorette.no/Vare-produkter.aspx>) (<http://www.nicotinell.no/>). Dette budskapet kommuniseres i reklame og gjentas ofte i redaksjonelle reportasjer, og har sannsynligvis forsynt mange med en forestilling om at bruk av nikotinprodukter er svært effektive for røykeslutt.

Inntrykket av nikotinpreparatenes effekt blir imidlertid moderert i forskningen. I en Cochrane-oversikt fra 2008 (Stead et al 2008) konkluderte forfatterne at nikotintyggegummi økte slutteraten med 58 %, mens nikotinplaster ga en 43 % effektøkning i forhold til placebo.

«We identified 132 trials; 111 with over 40,000 participants contributed to the primary comparison between any type of NRT and a placebo or non-NRT control group. The RR of abstinence for any form of NRT relative to control was 1.58 (95 % confidence interval [CI]: 1.50 to 1.66). The pooled RR were 1.43 (95 % CI: 1.33 to 1.53, 53 trials) for nicotine gum and 1.66 (95 % CI: 1.53 to 1.81, 41 trials) for nicotine patch». <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000146.html>

Legemiddelindustrien hevder videre:

«Klarer du de første tre månedene, blir de neste tre betydelig lettere. Og etter et halvt år har du gode sjanser til å forbli røykfri resten av livet!» <http://www.nicorette.no/Slutte-a-royke/Nikotinlegemidler.aspx>.

Igjen modereres deres utsagn av forskningsmessige oppsummeringer. I artikkelen *Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis* (Etter & Stapleton 2006) fokuserte forskerne på langtidseffekten på røykeslutt av dagens NRT-produkter. Mer presist la de til grunn resultatene i 12 undersøkelser med til

sammen 4 792 pasienter som hadde blitt fulgt opp i to til åtte år etter røykeslutt. Etter 12 måneder med i gjennomsnitt 22 ukers bruk av NRT var 1 av 12 fortsatt røykfrie, mens etter 4 år var kun 1 av 19 fortsatt abstinente. Konklusjonen var at effekten fortsatte å fortape seg med 30 % etter det første året, og at tobakksavhengighet derfor burde bli betraktet som en kronisk tilstand med behov for gjentatt behandling.

«Results after only 6–12 months of follow-up, as used in existing reviews and treatment guidelines, will overestimate the lifetime benefit and cost-efficacy of NRT by about 30 %. Because the long-term benefit of NRT is modest, tobacco dependence treatment might be better viewed as a chronic disorder, requiring repeated episodes of treatment».

Som nevnt i kapittel 4.2, har legemiddelindustrien finansiert mye tobakkatferdsforskning. Oftest har problemfokus vært rettet mot effekten av deres legemidler sammenlignet med placebo eller ingen behandling. Testingen skjer i randomiserte kontrollerte studier i en klinisk setting oftest administrert av leger. I mindre grad har det vært utført forskning som kaster lys over produktenes effekt i såkalt 'real-world setting'. Pierce et al (2002) har imidlertid påpekt at resultatene som framkommer i randomiserte kontrollerte effektstudier av nikotinlegemidlene ikke nødvendigvis oppstår i den virkelige hverdagen når produktene kjøpes i butikken. Cummings & Hyland (2005) har undersøkt hvilken effekt tilgjengeligheten til NRT-produkter har hatt på røykevanene i den amerikanske befolkningen. Konklusjonen var oppsiktsvekkende:

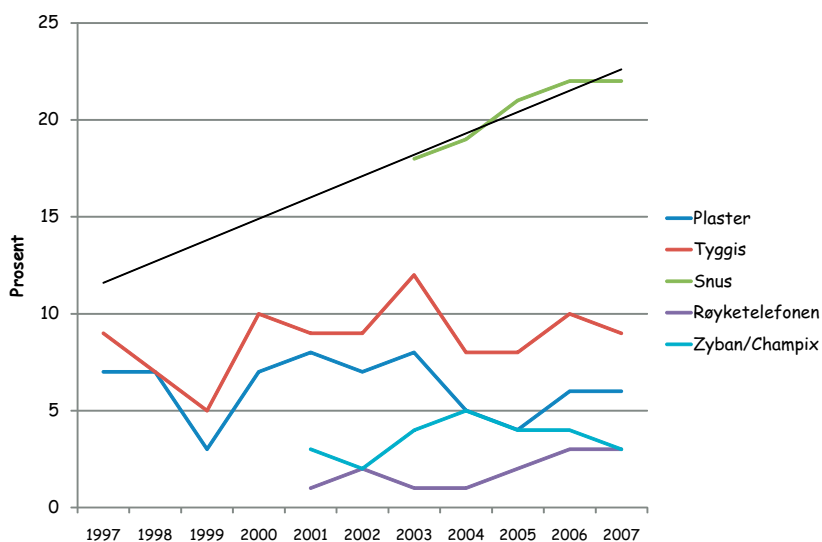
*«Accumulated evidence from controlled clinical trials has demonstrated that available forms of NRT (e.g., gum, transdermal patch, nasal spray, inhaler, and lozenge) increase quit rates compared with placebos by 50 %-100 %. However, despite the positive results from these studies, fewer than one in five smokers making a quit attempt do so with the benefit of NRT. Because not enough smokers are using NRT, **the availability of NRT has not had a measurable impact on influencing population trends in smoking behavior.** Among the factors contributing to the low utilization of nicotine medications are the inadequacies of the current dosage strengths and formulations of existing medications, smokers' perceptions of the high cost of the drugs, and concerns that many smokers have about safety and efficacy of nicotine medications».*

Selv med bruk av nikotinlegemidler var altså tilbakefall til røyking meget høyt, og ikke forskjellig fra tilbakefall til opiatbruk etter behandling for narkomani (US

Surgeon General 1988). Hughes et al (2004) har vist at majoriteten av tilbakefall til røyking skjer i løpet av de første åtte dagene.

I Norge gjør i underkant av 30 % av røykerne hvert år et forsøk på å slutte å røyke (Lund & Lindbak 2007). Figurene⁷ nedenfor viser at det også her i landet kun var liten andel av røykeslutterne (vellykkede og mislykkede) som benyttet et NRT-produkt selv om disse til en viss grad øker sannsynligheten for abstinens⁸. Av de ca 300 000 dagligrøykerne som hvert år forsøker å slutte å røyke, vil i følge statistikken ca 270 000 ha begynt igjen innen 6–12 måneder.

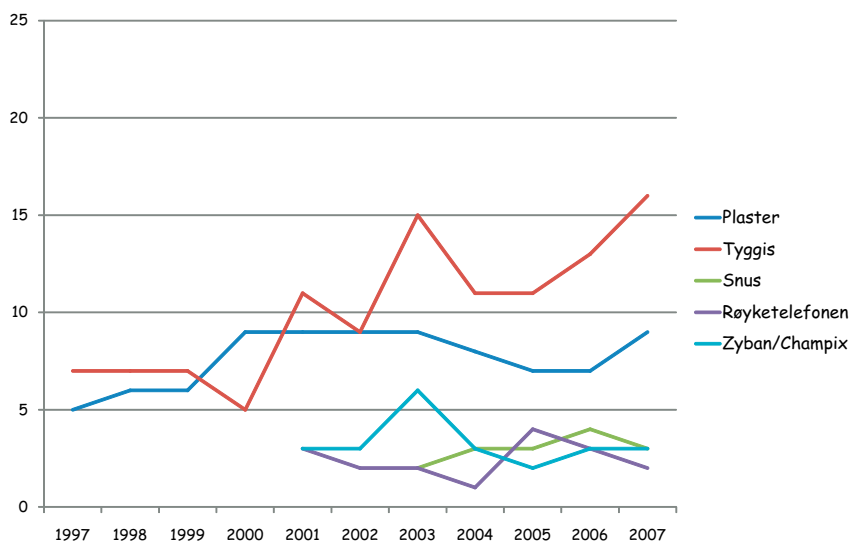
Metoder brukt av vellykkede og mislykkede røykesluttere
Menn, 1997-2007 (årlig n 150-350)



⁷ Svart strek viser regresjonslinjen for bruk av snus ved røykeslutt

⁸ Som del av et doktorgradsprosjekt vil SIRUS undersøke nærmere hvilke barrierer røykerne oppgir for bruk av nikotinerstatningsmidler ved røykeslutforsøk.

Metoder brukt av vellykkede og mislykkede røykesluttere
Kvinner, 1997-2007 (årlig n 150-350)



7.2 Hvilken hjelp tilbys røykerne fra helsepersonell?

Den andre strategien for røykeslutt – i tillegg til legemidlene – som ble vektlagt av de fem nordiske helsedirektørene (Holm et al 2008), var assistanse fra helsepersonell. For at dette skal være effektivt kreves det både i) at helsepersonellet er villige til å bruke av sin kliniske hverdag for å intervensere overfor røykere, og ii) at intervensjonen har effekt.

7.2.1 Omfanget av hjelp fra helsepersonell

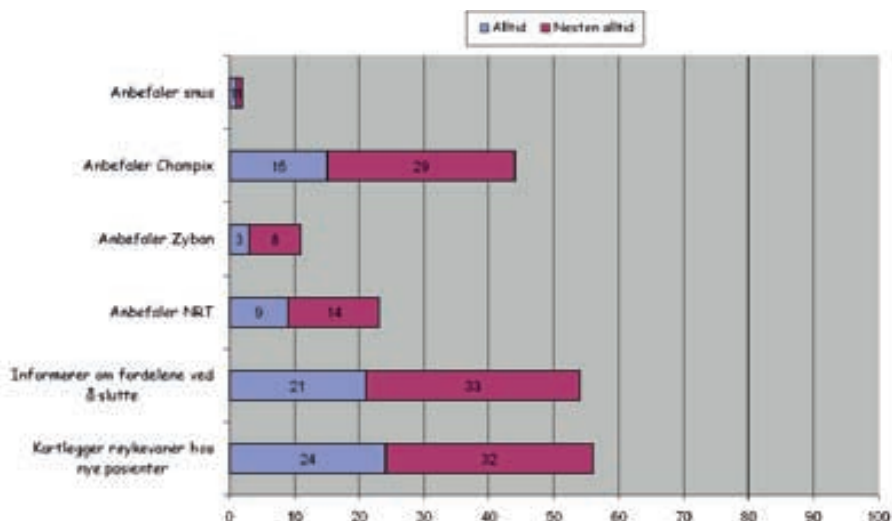
Omfanget av hjelpen som tilbys fra helsepersonell er i Norge undersøkt bl.a. med selvrapporteringsdata fra allmennleger (Lund et al 2000, Gallefoss & Drangsholt 2002, Helgason & Lund 2002), sykehusleger (Bakke 2000), tannleger (Lund et al 2002) og helsesøstre (Lund et al 2000). Kort fortalt viste undersøkelsene med stor tydelighet at det var et stort forbedringspotensial i helsepersonellens innsats for å assistere til røykeslutt. I følge selvrapportering var det i følge undersøkelsene bare 30 % av pasientene som rutinemessig ble screenet for sine røykevaner og dermed identifisert for eventuell behandling. Sannsynligvis ligger det reelle tallet lavere pga. seleksjon (helsepersonell som ikke intervenserer responderer i mindre grad på

undersøkelser av denne type) og at svarene er påvirket av sosial ønskelighet (overdrivelse av egen innstats).

De viktigste oppgitte årsakene til at helsepersonell avsto fra å intervensere var at innsatsen følt bortkastet fordi så få likevel sluttet, samt at aktiviteten ble oppfattet å være tidskonsumerende (Helgason & Lund 2002). Den nyeste undersøkelsen ble foretatt blant allmennleger våren 2008, og viste at innsatsen fortsatt er for lav til ventelig å kunne ha stor effekt på slutteraten (se figur nedenfor).

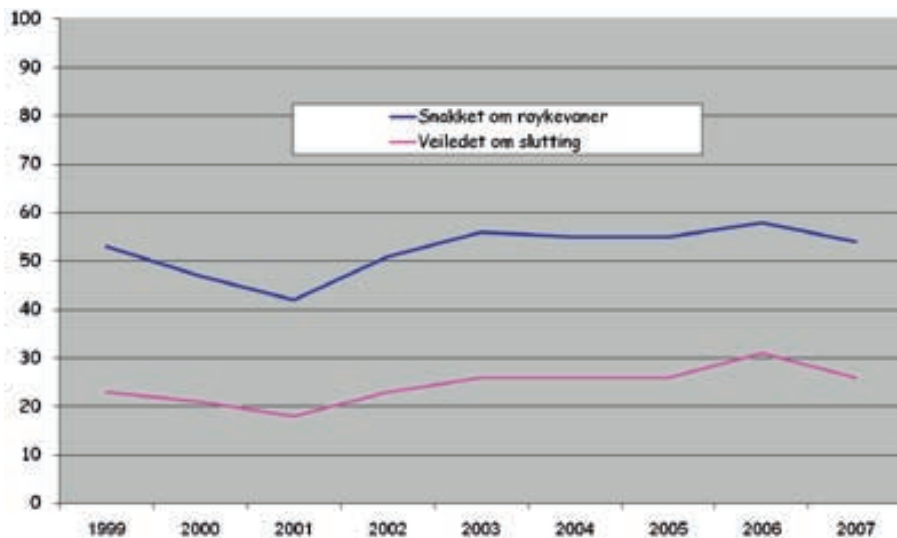
Alltid (1)/nesten alltid (2) utførelse ved konsultasjon.

Allmennleger (N=889), 2008. Skala 1 (alltid) -7 (aldri)



I tillegg til selvrapporing fra helsepersonell, har røykerne i flere undersøkelser rapportert i hvilken grad de selv mener å ha mottatt assistanse til røykeslutt. Figuren nedenfor bekrefter at relativt få røykere i løpet av sin røykekarriere har blitt tilbudt noen assistanse fra helsepersonell, men at slike tilbud ble oppfattet noe oftere i 2007 enn hva tilfellet var i 1999. I dette tidsintervallet har Legeforeningen gjentatte ganger oppfordret sine medlemmer til tobakksintervensjoner, det har blitt publisert kliniske retningslinjer for røykeavvenning, og i tillegg har myndighetene etablert en betalingsatts til leger som intervenserer.

Mottatt intervensjon fra helsepersonell blant dagligrøykere (16-74 år) 1999-2007



En undersøkelse som Norstat utførte for legemiddelfirmaet Pfizer i 2007 viste at sju av ti nordmenn aldri hadde fått spørsmål av legen sin om de røykte, mens ni av ti svarte at fastlegen ikke tok opp røyking ved siste konsultasjon. Like mange oppga at legen heller ikke hadde tatt opp røyking i løpet av det siste året. Kun 8 % svarte at legen aktivt hadde hjulpet dem med en plan for å slutte (ANB-NTB 2007).

7.2.2 Hvilken effekt har hjelpen fra helsepersonell?

I Cochrane-oversikter (<http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/94.html>) er det publisert en rekke systematiske oppsummeringer om effekten av intervensjoner overfor røyking fra helsepersonell (*Physicians, Nurses, Dental setting, Pharmacies, Hospitalized patients, Individual behavioral counseling, Group behavioral therapy, Proactive telephone counseling*) og effekter fra andre typer intervensjoner (*Partner support, Community support, Exercise, Incentives/competitions, Quit & Win, Mass media, Self-help interventions*). Det er med andre ord etablert et robust grunnlag for å trekke konklusjoner om effekt av intervensjoner overfor sigarettøyking. Nedenfor har vi gjengitt «*authors' conclusions*» fra relevante områder slik de er publisert i Cochrane. Sett i sammenheng viser kunnskapsoppsummeringene at intervensjoner

fra helsepersonell kan hjelpe pasienter til å slutte å røyke, men at effekten er begrenset.

Physicians: *Simple advice has a small effect on cessation rates. Assuming an unassisted quit rate of 2 to 3 %, a brief advice intervention can increase quitting by a further 1 to 3 %. Additional components appear to have only a small effect, though there is a small additional benefit of more intensive interventions compared to very brief interventions.*

Nurses: *The results indicate the potential benefits of smoking cessation advice and/or counselling given by nurses to patients, with reasonable evidence that intervention is effective. The evidence of an effect is weaker when interventions are brief and are provided by nurses whose main role is not health promotion or smoking cessation.*

Dental setting: *The major implications of these findings are for smokeless tobacco users in the dental settings, as we found limited evidence for the effectiveness of similar interventions for cigarette smokers.*

Community Pharmacy Personnel: *The limited number of studies to date suggests that trained community pharmacists, providing a counselling and record keeping support programme for their customers, may have a positive effect on smoking cessation rates. The strength of evidence is limited because only one of the trials showed a statistically significant effect.*

Hospitalized patients: *High intensity behavioural interventions that begin during a hospital stay and include at least one month of supportive contact after discharge promote smoking cessation among hospitalised patients. Interventions of lower intensity or shorter duration have not been shown to be effective in this setting.*

Individual behavioral counseling: *The review looked at trials of counselling by a trained therapist providing one or more face-to-face sessions, separate from medical care. All the trials involved sessions of more than 10 minutes, with most also including further telephone contact for support. The review found that individual counselling could help smokers quit, but there was not enough evidence about whether more intensive counselling was better.*

Group behavioral therapy: *Group therapy is better for helping people stop smoking than self help, and other less intensive interventions. There is not enough evidence to*

evaluate whether groups are more effective, or cost-effective, than intensive individual counselling.

Proactive telephone counseling: *There is evidence of a dose response; one or two brief calls are less likely to provide a measurable benefit. Three or more calls increases the odds of quitting compared to a minimal intervention such as providing standard self-help materials, brief advice, or compared to pharmacotherapy alone.*

Situasjonen i Norge er altså at vi har et korps av helsepersonell som til tross for oppfordringer, retningslinjer og godtgjøring kun i begrenset grad investerer tid til røykeavvenning, samtidig som den begrensede hjelpen som gis i form av rådgivning og medikamenter ikke kan forventes å gi de helt store resultatene. Det er på denne bakgrunn vi må forstå at 71 % av legene oppga som en barriere for intervensjon at røykeavvenning er å anse som bortkastet tid da så få klarer å slutte (Helgason & Lund 2002). Situasjonen er altså at myndighetene har etablert en rekke incentiv som motiverer for røykeslutt, men at assistansen røykeslutterne tilbys er svak. Behovet for skadereduksjon må også betraktes i lys av denne ubalansen mellom motiv og assistanse.

8 Skadereduksjon i britisk og nord-amerikansk tobakkspolitik

Tobakksepidemien er i sin lengst framskredne fase i land som England, USA, Canada og Australia. Det var i disse landene sigarettøykingen først ble et masseutbredelsesfenomen for siden å spre seg til andre land. Men disse engelsktalende trendsetternasjonene har også vært leverandører av innovasjoner innenfor den tobakkspreventive politikken. Det er derfor grunn til å følge spesielt godt med på den diskusjon som nå foregår om skadereduksjon nettopp i disse land.

8.1 England

I England har Cancer Research UK (CRUK), British Heart Foundation og Action on Smoking and Health (ASH) nylig utgitt rapporten «*Beyond smoking kills: protecting children, reducing inequalities*» (http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_691.pdf). Rapporten ble utgitt i forbindelse med 10års-jubileet for et banebrytende White Paper (stortingsmelding) – *Smoking Kills* – som markerte starten på britiske myndigheters aggressive tobakkspreventive politikk. I «*Beyond smoking kills*» lanseres i alt 44 forslag til tobakkspreventive tiltak for de kommende ti år. De fleste av disse tiltakene er ganske tradisjonelle, lite kontroversielle og inngår i de fleste lands 'våpenarsenal' mot tobakk. Mange er også allerede innført eller er under innføring her i landet. Likevel inneholder rapporten – som er arbeidet fram av de fremste tobakkseksperterne i England og støttet av mer enn 100 britiske helseorganisasjoner – forslag om skadereduksjon som representanter for statlig norsk tobakksprevensjon vil finne radikale. Ikke bare foreslår de mest toneangivende krefter i England å la skadereduksjon bli en framtidsstrategi, de argumenterer også for at skadereduksjon vil være hensiktsmessig for å bygge ned sosiale forskjeller i helsestatus.

«Smoking prevalence is declining but not fast enough. Too few people successfully quit every year and too many people start smoking. New ways of driving down smoking prevalence are needed. Smokers are addicted to nicotine but are harmed by the tar

and toxins in tobacco smoke. It is therefore possible for smokers who are currently unable or unwilling to quit to satisfy their nicotine craving at much lower risk by switching to pure nicotine products (which, like the current medicinal products on the market, contain only nicotine and not other tobacco derivatives). Although these products are not 100 % safe, they are many orders of magnitude safer than smoking. Given the higher levels of addiction among the most disadvantaged smokers, the promotion of wider access to pure nicotine products as an alternative to smoking is an important means of tackling health inequalities.»

Konkret anbefaler den toneangivende rapporten følgende forslag for statlig britisk tobakkspolitikk:

Develop a strategy and an appropriate regulatory structure to improve the acceptability, attractiveness and accessibility of pure nicotine products for use as an alternative to smoking for those smokers who are currently unable or unwilling to quit.

Encourage commercial development of pure nicotine products designed for long-term use as a replacement for smoking.

Develop a communications strategy to counter public misunderstanding of the health impacts of nicotine. This should promote nicotine replacement therapy for quitting and encourage the longer-term use of pure nicotine products as alternatives to tobacco.

Tax pure nicotine products at the lowest rate of VAT.

Evaluate the cost-effectiveness of providing pure nicotine products free on prescription to smokers for as long as they are unable or unwilling to quit.

Increase investment in research into the long-term impacts of nicotine.

Royal College of Physicians (UK) ga tilkjenne sitt syn på skadereduksjon i 2007-rapporten «*Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit*» (RCP 2007). Også denne vitenskapstunge grenen av den britiske legeforeningen stilte seg meget positiv til bruk av skadereduksjon på tobakksområdet:

«In this report we make the case for harm reduction strategies to protect smokers. We demonstrate that smokers smoke predominantly for nicotine, that nicotine itself is not especially hazardous, and that if nicotine could be provided in a form that is accepta-

*ble and effective as a cigarette substitute, millions of lives could be saved».....»
Harm reduction is a fundamental component of many aspects of medicine and, indeed, everyday life, yet for some reason effective harm reduction principles have not been applied to tobacco smoking. This report makes the case for radical reform of the way that nicotine products are regulated and used in society. The ideas we present are controversial, and challenge many current and entrenched views in medicine and public health. They also have the potential to save millions of lives. They deserve serious consideration.»(RCP 2007).*

8.2 USA

I oktober 2008 behandlet foreningen for amerikanske samfunnsmedisinere skadereduksjons-prinsippets anvendelse på tobakksområdet. Resolusjonen og innstillingen er tilgjengelig på <http://www.aaphp.org/Feb07tobaccbill.html>. Foreningen mener anvendelse av skadereduksjon på tobakksområdet vil kunne redusere de tobakksrelaterte dødsfallene med 50 %-80 % de første ti år og med 90 % innen 20 år.

«It is our perception that the current base of tobacco-related science is more than sufficient to support adding harm reduction as a component of programming intended to reduce tobacco-related illness and death.... Addition of a harm reduction component could yield a 50 % to 80 % reduction in tobacco-related illness and death over the first ten years, and likely a reduction of up to 90 % within 20 years. These projections are based on the expectation that a significant number of smokers will continue to smoke and the knowledge that risk of death from lung cancer continues for decades after the smoker has stopped smoking».

I USA ble resolusjonen fra samfunnsmedisinerne betraktet som et såkalt «*landmark event for tobacco harm reduction*» fordi det var første gangen en medlemsorganisasjon av leger i USA hadde behandlet og deretter sluttet seg til skadereduksjonsstrategien.

8.3 Canada

I Canada var derimot Physicians for a Smoke-Free Canada av en annen innstilling. I en popularisert rapport «*The snus experience. Lessons from Norway, Sweden and Canada on the public health consequences of widespread oral tobacco use*» (2007), tolkes data fra bl.a. Norge og Sverige og konklusjonen som ble trukket var at snus var overflødig fordi Canada – uten omfattende snusbruk – kunne oppvise sterkere reduksjon i tobakkskonsumet.

Selv om 'the tobacco control establishment' i Canada fortsatt tilhører skeptikerne til snus og skadereduksjonsprinsippet, finnes det også en rekke framstående enkelt-personer som er positivt innstilt. En meget toneangivende aktør i Canadisk tobakkspolitikk de siste 30 år, helsejuristen David Sweanor, har i en rekke publikasjoner kommet med entusiastiske visjoner om effektene av skadereduksjon:

«Applying harm reduction principles to public health policies on tobacco/nicotine is more than simply a rational and humane policy. It is more than a pragmatic response to a market that is, anyway, already in the process of undergoing significant changes. It has the potential to lead to one of the greatest public health breakthroughs in human history by fundamentally changing the forecast of a billion cigarette-caused deaths this century» (Sweanor et al 2007).

8.4 New Zealand

SmokeLess New Zealand er en toneangivende allianse av helseorganisasjoner og aktivister som arbeider for å fase ut og forby røyking innen ti år. Dette skal bl.a. skje ved å åpne opp for bruk av snus for de nikotinavhengige. Organisasjonen, som har fått betinget støtte fra myndighetene, begrunner sitt radikale forslag med den ekstreme risikoen for død ved sigarett røyking og framskrivninger som viser at det med dagens nedgangshastighet vil ta nye 70 år før røykingen er minimalisert.

«SmokeLess, a new charitable trust, aims for near zero smoking prevalence, by promoting a new deal for smokers. Smokers unwilling or unable to stop smoking, will be able to switch to a nicotine-friendly but smokeless lifestyle, free of lung cancer and emphysema. In addition, gradually reducing the nicotine of cigarettes will make it easier for smokers to switch to smokeless nicotine, or to quit tobacco altogether. With safer choices for smokers in place, fewer will smoke and a law to end sales could put cigarettes out of the reach of children within ten years». <http://www.smokeless.org.nz/aims.htm>

8.5 Skottland

Organisasjonen *Action on Smoking and Health* (ASH) i Skottland ga i 2007 ut et såkalt 'position paper' med tittelen «Should the EU ban on Snus be Lifted?» Svaret var 'nei', og grunngivingen ble gitt i seks punkter; helseeffektene ved snusbruk er ikke avklart, en gateway effekt kan ikke utelukkes, det er ikke avklart om snus er en effektiv sluttemetode for røyking, det er uriktig å bruke snus som skadereduksjon så lenge det finnes andre konvensjonelle tiltak for å redusere røyking, de eksisterende

nikotinlegemidlene for røykeslutt har lavere skadepotensial for folkehelsen enn snus, en intensivering av røykeslutt i utsatte sosiale grupper er en riktigere strategi enn bruk av snus.

8.6 European Respiratory Society (ERS)

I oktober 2005 arrangerte ERS Smoking Prevention Committee et forskningsseminar med tittelen «*Tobacco Smoking: Harm Reduction Strategies*». Blant foredragsholderne var framtrede forskere som Nigel Gray, Murray Laugesen, Neal L Benowitz og David Balfour. I resolusjonene fra seminaret het det:

«Harm Reduction is desirable as part of a comprehensive tobacco-control programme.

Nicotine is not the main cause of health problems.

Combustible products cause the most harm.

The status quo should not continue.

Snuff is a lot less harmful than cigarettes.

Snuff also has potential as a smoking cessation aid.

Lifting the EU ban on snuff within a proper regulatory framework needs to be considered.

The playing field for «clean nicotine» should be levelled via deregulation and taxation and pricing measures.

Toxic ingredients should be removed from conventional cigarettes.» (Martinet et.al 2006).

9 Skadereduksjonspolitikken må være myndighetslegitimert

For at en skadereduksjonsstrategi skal bli vellykket er det viktig – kanskje også avgjørende – at den har myndighetenes støtte. Slik situasjonen nå framstår, er det særlig snusindustrien som promoterer skadereduksjon, og dette er meget uheldig. Det liten grunn til å tro annet enn at deres virksomhet er tuftet på kommersiell inntjening og ikke på noe ekte engasjement for bedret folkehelse. Snusindustrien utnytter det røykefiendtlige samfunnsklima til å fremme salg av sine egne røykfrie produkter, og henter argumenter fra den vitenskapelige skadereduksjonsdebatten for å legitimere sin posisjon. Det er illevarslende at internasjonale sigarettprodusenter for tiden kjøper seg opp i snusindustrien. Det er grunn til å tro at sigarettindustrien ønsker å selge snus i tillegg til – og ikke i stedet for – sigaretter. De ser på snus som et såkalt *'bridging product'* som skal kunne brukes på sosiale arenaer med røykerestriksjoner for å beholde røykerne nikotinavhengige (*nicotine maintenance policy*). I tillegg er det en rekke eksempler på at snusindustrien driver innovativ produktutvikling med sikte på å rekruttere ungdom av begge kjønn.

En myndighetslegitimert skadereduksjonspolitikkk vil derimot kunne informere om snus (og andre nikotinprodukter med substitusjonspotensial for sigaretter dersom vi åpnet opp for salg av slike) som et *alternativ* til røyking i behovsspesifikke befolkningsgrupper. Ved bruk av budskapsinnhold, kanalplassering og sosiolingvistiske koder kan myndigheten målrettet adressere det segment av røykere som ikke på annen måte klarer å slutte med nikotin. Samtidig må myndighetene selvsagt fortsette å advare mot bruk av snus i såkalte naive populasjoner – altså grupper i befolkningen som ikke har noen forutgående tobakks erfaring (for eksempel ungdom). Å informere om relativ helsefare ved snus i forhold til sigaretter til mislykkede røykesluttere og samtidig advare ungdom mot det samme produktet, bør være en overkommelig oppgave for kvalifiserte informatører (*tailored marketing*).

I en hypotetisk situasjon hvor myndighetene etter hvert skulle skifte syn, gjøre som i narkotikapolitikken og bekjenne seg til en skadereduksjonsstrategi, så ville ett sett

av nye utfordringer dukke opp. Det viktigste vil selvfølgelig være å hindre bruk av skadereduksjonsproduktene i 'naive' populasjoner. Røykere med høy grad av evne til å mestre et sluttforsøk uten nikotinsubstitusjon, er også utenfor målgruppen for skadereduksjon. Dessuten må det tas stilling til hvilke typer produkter som skal være akseptable for skadereduksjon. Det må videre etableres et system for å overvåke effekten av skadereduksjon på befolkningsnivå, herunder studere hvilken effekt skadereduksjonsproduktene får på røykeatferd.

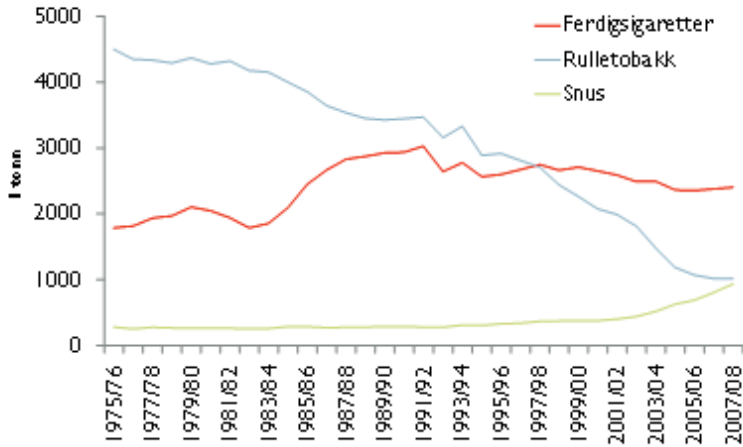
9.1 Hvorfor ikke la utviklingen fra sigaretter til snus gå upåvirket?

Andel snusbrukere har nå passert andel røykere blant unge menn. Blant unge kvinner er snusbruk i en begynnende vekstfase, og røykingen ser ut til å reduseres noe langsommere – men ikke mye. I salgsstatistikken er markedsandelen til snus (22 %) snart like stor som markedsandelen til rulletobakk (23 %). For bare 10 år siden var rullingsen det mest prefererte tobakksprodukt med en andel av markedet på 48 %. De fabrikkframstilte sigarettene har i de seinere år hatt en markedsandel på drøyt 50 %. Samlet sett forskyves altså markedet mot høyere snusandel, men fortsatt holder sigarettene – det langt farligste produktet – $\frac{3}{4}$ av markedet.

Alle – selv de mest innbitte snusmotstanderne – må om enn stilltiende akseptere at de observerte bevegelsene i tobakksmarkedet de siste ti år har vært en utvikling til det bedre for folkehelsen. En tilsynelatende komfortabel posisjon i skadereduksjonsdebatten ville ganske enkelt være å la markedet upåvirket utvikle seg selv fra sigaretter mot snus, uten å forsøke å påskynde utviklingen med å tilføre røykere informasjon om relativ helsefare mellom snus og sigaretter. Da ville man slippe belastningen med å informere 'positiv' om et tobakksprodukt i betydningen 'mindre skadelig enn...'. Denne posisjonen er etisk problematisk av flere grunner.

For det første vil tilbakeholdelse av informasjon om relativ helsefare sementere den utbredte misoppfatningen i befolkningen om produktenes ulike risikopotensial. For det andre kunne informasjon bidra til å akselerere hastigheten i transisjonen fra sigaretter til snus. For det tredje må det være etisk betenkelig å unnlate å ta i bruk en tilgjengelig strategi hvor utfallet etter all sannsynlighet er kjent og resultere i en nettogevinst for folkehelsen. Fortsatt neglisjering av skadereduksjon framstår mer og mer som en etisk problematisk posisjon. Vi må spørre oss, hva er viktigst? Å frelse folk fra tobakken, eller redusere de tobakksrelaterte dødsfallene?

Utviklingen i registrert salg av ferdigsigaretter, rulletobakk og snus Tonn pr. år 1975-2008



Kilde: Toll- og avgifts direktoratet.

10 Konklusjon

Å få forståelse for nødvendigheten av et tiltak som tilsynelatende innebærer en omlegging av den uttalte målsetningen med tobakkspolitikken – et tobakksfritt samfunn – er en utfordrende oppgave. Lettere blir ikke oppgaven når de tradisjonelle virkemidlene for å redusere røyking har vært vellykket. Hvorfor skulle vi da endre kurs?

Skadereduksjon innebærer imidlertid ingen *kursendring* for det tiltaksrettede arbeidet. Skadereduksjon må betraktes som en *tilleggskomponent* til de virkemidler som allerede har vist seg effektive. På veien mot det endelige målet om et tobakksfritt samfunn vil skadereduksjon kunne være et pragmatisk og midlertidig tiltak som åpenbart vil kunne spare mange liv.

Skadereduksjon aktualiseres av fire forhold i to kombinasjoner. For det første den sosiale gradienten i dagens røykemønster kombinert med at forskningen ikke har identifisert skreddersydde virkemidler for lavere sosiale lag. For det andre at den gjenstående gruppe røykere har sosiale og psykologiske tilleggsbelastninger som reduserer deres evne til å mestre et slutforsøk kombinert med at de virkemidlene og den assistansen som i dag tilbys har dårlig effekt. Uten oppfordringer til bruk av skadereduserende nikotinprodukter vil en stor del av de gjenstående røykerne fortsette å røyke, og dermed ha en 50 % risiko for å dø av en tobakksrelatert sykdom. Med status quo i den myndighetslegitimerte tobakks-/nikotinpolitikken – altså uten aktiv skadereduksjonsstrategi – vil tobakksbruken opprettholde og forsterke de framtidige sosiale forskjeller i helsestatus.

I Norge er det foreløpig demonstrert liten vilje til å diskutere skadereduksjon på tobakksområdet. Debatten er blitt holdt nede av dogmatiske prinsipputtalelser (spesielt om snus) som undertrykker meningsutveksling og refleksjoner over etiske implikasjoner ved skadereduksjon. Interessen for den – riktignok begrensede – empiri som kan belyse emnet har vært moderat, tatt i betraktning den betydning skadereduksjon potensielt kan få for folkehelsen. Kanskje kan rapporten stimulere til et mer fordomsfritt ordskifte?

Dagens tobakksproblem er ikke vesentlig mindre enn det Karl Evang sto overfor i 1960-årene. Den gang visste ikke legestanden skadeomfanget av røykingen (Lund 2007) eller at sigarettene de påfølgende 40 årene skulle føre til minst 200 000 dødsfall. Nå vet vi skadeomfanget, nesten alle tenkelige preventive tiltak er satt i verk og vi kan predikere det framtidige endringsmønsteret i røykingen. Til forskjell fra Karl Evangs tid står vi altså nå overfor en *varslet* human katastrofe om ikke tempoet i nedgangen økes. Å neglisjere skadereduksjon som en framtidig strategi også på tobakksområdet kan være et feilgrep i denne situasjonen. En absoluttisk innstilling på et tobakksfritt samfunn kan frata mange nikotinavhengige røykere muligheter for overlevelse som de ellers kunne ha fått dersom myndighetene hadde inntatt en noe mer pragmatisk innstilling til skadereduksjon.

10.1 Spørsmål for videre debatt

Noen sentrale spørsmål å diskutere i en kommende debatt om skadereduksjon er bl.a.

- Bør målet om et tobakksfritt samfunn heller erstattes av en målsetting om reduksjon i tobakksrelaterte sykdommer?
- Bør paragrafen som forbyr nye nikotinprodukter – innført i 1989 – erstattes av et regelverk som isteden fører kontroll med nikotinproduktene?
- Bør norske myndigheter hente inspirasjon fra foreslått skadereduksjonspolitik i England og USA og stimulere til produksjon av nye skadereduserende nikotinprodukter som kan konkurrere med sigarettene?
- Hvor viktig er det egentlig å ta hensyn til *hvem* som har produsert nikotinproduktet (legemiddelindustri, tobakksindustri eller andre) når vi skal bestemme hvilke artikler som skal regnes som skadereduserende?
- Hvordan korrigere røykernes (og andres) feilaktige forestillinger om relativ helsefare ved bruk av ulike nikotinprodukter?
- Bør avgiftsnivå og forebyggingsinnsats for å forbygge bruk av tobakk i større grad reflektere forskjeller i produktenes helserisiko?
- Bør myndighetene betrakte skadereduksjon i lys av målsetningen om å utlikne sosiale helseforskjeller?
- Hvor lenge bør myndighetene bekjenne seg til et føre-var-prinsipp i skadereduksjonsdebatten? Hva kreves av evidens for å endre innstilling?

Litteratur

Action on Smoking and Health (United Kingdom): Nicotine Replacement Therapy, Guidance for Health Professionals on changes in the Licensing Arrangements for Nicotine Replacement Therapy, ASH, London. 2005.

Action on Smoking and Health (Scotland): Should the ban on snus be lifted? ASH Scotland position paper. ASH, Edinburgh, July 2007.

American Association of Public Health Physicians. The case for harm reduction for control of tobacco-related illness and death. October 26, 2008.

ANB-NTB. Legene blåser i røyking. Publisert 11.03 2007.

Ary D, Lichtenstein E, Severson H. Smokeless tobacco use among male adolescents: patterns, correlates, predictors and the use of other drugs. *Preventive medicine* 1987; 16: 385–401.

Bakke P, Bøker T, Diep T, Grydeland T et al. Norske sykehuslegers praksis ved røykeavvenning. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2000; 14: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=65 449.

Bates C, Fagerstrom K, Jarvis MJ, Kunze M, McNeill A, Ramström L: European Union policy on smokeless tobacco: a statement in favour of evidence based regulation for public health. *Tob Control* 2003, 12:360–367.

Bofetta P, Hecht, Gray N, Gupta P, Straif K. Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncology* 2008; 9: 667–75.

Broadstock M. Systematic review of the health effects of modified smokeless tobacco products. NZHTA report Volume 10, No. 1, 2007.

Cancer Research UK, The British Heart Foundation, ASH. Beyond smoking kills: protecting children, reducing inequalities. CRUK/BHF/ASH 2008.

Chapman S. Going too far? Exploring the limits of smoking regulations. *William Mitchell Law Review* 2008; 34 (4): 1605–20.

Chapman S, Freeman B. There are five reasons to be cautious about snus. *The PLoS Medicine debate*. 2007; 4 (7): 1139.

Cogliano V, Straif K, Baan R, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi FE. Smokeless tobacco and tobacco-related nitrosamines, *Lancet Oncol* 2004; 5: 708.

Coral E Gartner PhD, Wayne D Hall, Theo Vos, Melanie Y Bertram, Angela L Wallace, Stephen S Lim Assessment of Swedish snus for tobacco harm reduction: an epidemiological modelling study. *The Lancet*, 2007; 369 (9578): 2010–4.

Cnattingius S, Galanti R, Grafström R, Hergens MP et al. Hälsorisker med svensk snus. *Statens folkhälsoinstitut A* 2005: 15.

Cummings KM, Hyland A. Impact of nicotine replacement therapy on smoking behavior. *Annu Rev Public Health*. 2005; 26: 583–99.

Cummings KM, Hyland A, Giovino G, Hastrup JL, Bauer JE, Bansal MA: Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine? *Nic Tob Res* 2004; 6: S333-S340.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 2004; 26; 328 (7455):1519.

Dybing E, Gilljam H, Lind PO, Lund KE, Mørland J, Stegmayr B, Hoffman B, Ørjasæter Elvsaa IK. Virkninger av snusbruk. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Rapport nr 6/2005. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Elvebakken KT, Stenvoll D. Reisen til helseland. Propaganda I folkehelsens tjeneste. Bergen: Fagbokforlaget, 2008.

Etter JF, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. *Tob Control*. 2006; 15 (4): 280–5.

European Respiratory Society (ERS). Tobacco smoking: Harm reduction strategies. An ERS research seminar. Fernay-Voltaire, October, 2005.

Fagerström CO, Schildt EB. Should the European Union lift the ban on snus? Evidence from the Swedish experience. *Addiction* 2003; 98: 1191–5.

Fichtenberg C, Glantz S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *Br Med J* 2002; 325: 188.

Fiore MC, Jaén CR. A clinical blueprint to accelerate the elimination of tobacco use. *JAMA* 2008; 299: 2083–5.

Fong G. The near universal experience of regret among smokers in four countries: Findings from the international tobacco control policy evaluation survey. *Nicotine and tobacco research* 2004; 6(3): S341–51.

Freeman B, Chapman S, Rimmer M. The case for the plain packaging of tobacco products. School of public health, The University of Sydney, 2008.

Fugelli P. 0-visjonen. Essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

Furberg H, Bulik CM, Lerman C, Lichtenstein P, Pedersen NL, Sullivan PF: Is Swedish snus associated with smoking initiation or smoking cessation? *Tob Control* 2005, 14: 422–424.

Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL, Thornton C, et. Al. The STAGE cohort: A prospective study of tobacco use among Swedish twins. *Nicotine & tobacco research* 2008; 10: 1727–36.

Galanti M, Rosendal, I, Post A, Gilljam H. Early gender differences in adolescent tobacco use-The experience of a Swedish cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2001; 29: 314–317.

Gallefoss F, Drangsholt K. Røykeintervensjon og hindringer for dette blant fastleger I Vest-Agder. Tidskrift for Den norske legeforening. 2002; 122: http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=626358

Gartner CE, Hall WD, Vos T, et al. Assessment of Swedish snus for tobacco harm reduction: an epidemiological modeling study. *The Lancet*, online publication, May 10, 2007.

Gerrard M, Gibbons F, Benthin A, Hessling R. A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviours and cognitions in adolescents: what you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychology*, 2007; 15: 344–354.

Gilmore AB, Britton J, Arnott D, Ashcroft R, Jarvis MJ. The place for harm reduction and product regulation in UK tobacco control policy. *J Public Health Advance* 2008; (24 Dec): 1–8.

Glantz S, Slade J, Bero LA, Hanauer P, Barnes DE. *The cigarette papers*. Berkeley: University of California Press, 1996.

Gray N. The ethics of policies for the prevention of tobacco disease. *Acta Oncol* 2004; 43 (1): 8–10.

Gulbrandsen P. Skjult medisinsk makt i samfunnet. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B (red.) *Makt og medisin. Makt og demokratiutredningen*. Oslo, 2003.

Haddock C, Weg M, DeBon M, Klesges R, Talcott G, Lando H, Peterson A. Evidence that smokeless tobacco use is a gateway for smoking initiation in young adult males. *Preventive Medicine*, 2001; 32: 262–267.

Hall WD, Gartner C. Supping with the devil? Promoting harm reduction using low nitrosamine smokeless tobacco products. Submitted.

Hammond D, Fong G, Borland R, Cummings KM, McNeill A, Driezen P. Text and graphic warnings on cigarette packaging. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;32: 210–17.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010*. Oslo: HOD, 2006.

Helgason A, Lund KE. Children and environmental tobacco smoke exposure in the home, health risk awareness and attitudes in the five Nordic countries. *Nicotine and Tobacco Research*, 2001; 3: 341–5.

Helgason AR, Lund KE. General practitioners perceived barriers to smoking cessation. Results from four Nordic countries. *Scandinavian J Public Health*, 2002; 30: 141–47.

Henley SJ et al. Tobacco-related disease mortality among men who switched from cigarettes to spit tobacco. *Tobacco Control*, 2007 Feb;16 (1): 22–8.

Holm LE, Fisker J, Larsen BI, Puska P, Halldórsson. Snus räddar inte liv – det gör bara rökstop! *Läkartidningen* 2008; 48/49 (105): 3501–2.

Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004; 99 (1): 29–38.

Huseby K, Klepp KI. Sosial- og helsedirektoratet: anbefaler ikke snus som røykeavvenningsmiddel. *Den Norske tannlegeforenings tidende* 2007; 117: 410–11.

Institute of Medicine. *Clearing the smoke. Assessing the science base for tobacco harm reduction*. Washington DC: National Academy Press, 2001.

Jossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity *Tobacco Control* 2006; 15: 247–253.

Kozlowski LT, O'Connor RJ, Edwards BQ. Some practical points on harm reduction: what to tell your lawmaker and what to tell your brother about Swedish snus. *Tob Control* 2003; 12: 372–373.

Kozlowski LT, Edwards BQ: «Not safe» is not enough: smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product. *Tob Control* 2005; 14 (Suppl): 3–7.

Kozlowski LT. Harm reduction, public health, and human rights: smokers have a right to be informed of significant harm reduction options. *Nic Tob Res* 2002; 4: S55–S60.

Kozlowski L, O'Connor R, Edwards B, Flaherty B. Most smokeless tobacco use is not a causal gateway to cigarettes: using order of product use to evaluate causation in national US sample. *Addiction* 2003; 98: 1077–1085.

Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*, 2 utg. University of Chicago. Chicago: 1970.

Larsen E, Lund KE, Rise J. Evaluering av tobakkskampanjen «Røyking tar pusten fra deg». SIRUS skrifter 3/2006. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2006.

Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, et al. Smoking and mental illness – A population based prevalence study. *JAMA* 2000; 284 (20): 2606–10.

Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know. *Health Education Res* 2003; 18: 592 – 609.

Levy DT, Mumford EA, Cummings KM, Gilpin EA, Giovino G, Hyland A, Swenor D, Warner KE. The relative risks of a low-nitrosamine smokeless tobacco product compared with smoking cigarettes: estimates of a panel of experts. *Cancer Epidemiol Biom Prev* 2004; 13: 2035–2042.

Lund KE. *Samfunnskapte endringer i tobakksforbruk i Norge i det 20 århundre. Doktorgradsavhandling*. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, 1996.

Lund KE, Helgason AR, Andersen M. Endringer i småbarnsforeldres rapportering om passiv røyking. *Tidskr Nor Lægefören* 2004; 124: 16–9.

Lund KE, Rise J. *Mediekampanje om røykfri serveringssteder våren 2004*. SIRUS skrifter 1/ 2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2004.

- Lund KE, Lund M. Røyking og sosial ulikhet i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 560–3.
- Lund KE. Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument. SIRUS skrifter 4/2005. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005.
- Lund KE. Snus bør kunne brukes i røykeavvenning av mislykkede 'sluttere'. Den Norske tannlegeforenings tidende 2007; 117: 338–40.
- Lund KE, Rise J. Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer. SIRUS skrifter 1/2008. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2008.
- Lund KE. Tobakksbruk – kulturfenomen og risikofaktor. I Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M (red.) Samfunnsmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
- Lund KE, Tefre E, Amundsen A, Nordlund S. Røyking bruk av snus og annen risikoatferd blant studenter. Tidsskr nor lægeforen 2008b; 128: 1808–11.
- Lund KE (redaktør). Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og -60 årene i Norge. SIRUS skrifter 2/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2007.
- Lund M, Lund KE, Rise J. Snakker tannleger og tannpleiere med sine pasienter om snusbruk? Resultater fra en nasjonal undersøkelse. Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2003; 113: 900–907.
- Lund, M. & Lindbak, R. Tall om tobakk 1973–2003. Sirus skrifter nr 2/2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2004.
- Lund MKØ, Skretting A, Lund KE. Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006. SIRUS rapport 8/2007, Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2007.
- Martinet Y, Fagerstöm K, McNeill A, Godfrey F. Harm reduction strategies for tobacco smoking: report from an ERS Research Seminar. *Breath*. 2006; 2 (4): 302–3.
- Melberg HO. Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005. SIRUS skrifter 1/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2007.
- Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A. media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn and what should we do now? *Social science & medicine* 2008; 67: 1343–55.
- Nordby K, Wood RTA. A grounded theory of snuff-dipping behavior in a Norwegian population. *Addiction Research and Theory* 2008; 16 (1): 5–22.
- O'Connor R, Kozlowski L, Flaherty B, Edwards B. Most smokeless tobacco use does not cause cigarette smoking: Results from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse, *Addictive behaviours* 2005; 30: 325–336.

O'Connor R, Flaherty B, Edwards B, Kozlowski L. Regular smokeless tobacco use is not a reliable predictor of smoking onset when psychological predictors are included in the model. 2005; 30:

Peto R et al. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000. 2nd Edn. Imperial Cancer Research Fund, WHO Oxford, Oxford University Press. Revised 09 Dec 2005.

Pedersen W. Sigaretter: Sublimt sug, stille død. *Samtiden*. 2008; 4: 101–14.

Peterson A, Marek P, Mann S. Initiation and use of smokeless tobacco in relation to smoking. *NCI Monographs* 1989; 8: 69–69.

Phillips CV, Guenzel B, Bergen P: Deconstructing anti-harm-reduction metaphors; mortality risk from falls and other traumatic injuries compared to smokeless tobacco use. *Harm Red J* 2006; 3: 15.

Physicians for a smoke-free Canada. The snus experience. October 2007.

Ramstrom L, Foulds J. Role of snus in initiation and cessation of tobacco smoking in Sweden. *Tob Control* 2006; 15: 210–214.

Repace JL. Benefits of smoke-free regulations in outdoor settings: beaches, golf courses, parks, patios and in motor vehicles. *William Mitchell Law Review* 2008; 34 (4): 1621–38.

Rodu B, Stegmayr B, Nasic S, Asplund K. Impact of smokeless tobacco use on smoking in northern Sweden. *J Int Med* 2002; 252: 398–404.

Rodu B, Stegmayr B, Nasic S, Cole P, Asplund K. Evolving patterns of tobacco use in northern Sweden. *J Int Med* 2003; 253: 660–665.

Rodu B, Cole P. The burden of mortality from smoking: comparing Sweden with other countries in the European Union. *Europ J Epidemiol* 2004; 19: 129–131.

Royal College of Physicians. Harm reduction in nicotine addiction. Helping people who can't quit. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, October 2007.

Scheffels J. *Stilig eller stigma? En sosiologisk studie om ungdom, røyking og identitet*. Doktoravhandling. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: 2008.

Scientific committee on emerging and newly identified health risks (SCENIHR). Health effects of smokeless tobacco products. European Commission, February 2008.

Stratton K, Shetty P, Wallace R, Bondurant S, (eds). *Clearing the smoke. Assessing the science base for tobacco harm reduction*. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, DC; 2001.

Sweanor D, Alcabes P, Drucker E. Tobacco harm reduction: how rational public policy could transform a pandemic. *International Journal of Drug Policy* 2007; 18: 70–74.

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000 146. DOI: 10.1002/14 651 858.CD000 146.pub3.

Stegmayr B, Eliasson M, Rodu B: The decline of smoking in northern Sweden. *Scand J Public Health* 2005; 33: 321–324.

Stepanov I, Jensen J, Hatsukami D, Hecht SS. New and traditional smokeless tobacco: Comparison of toxicant and carcinogen levels. *Nicotine & Tobacco Research*, 2008; 10 (12): 1773–82.

Steiro A, Smedslund G, Hammerstrøm KT. Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* Nr 13, 2007.

Thomas S, Fayer D, Misso K, Petticrew M, Sowden A, Whitehead M, Worthy G. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control* 2008; 17: 230–7.

Tobacco use compared to other drug dependencies In *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Volume Chapter V. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, Rockville, MD; 1988.*

Tomar S, Loree M. Errors in analyzing associations between use of smokeless tobacco and cigarettes. *Addiction* 2004; 99: 260–262.

Tomar S. Is use of smokeless tobacco a risk factor for cigarette smoking? The U.S. experience. *Nicotine & Tobacco Research* 2003; 5: 561–569.

Vollset SE, Selmer R, Tverdal A, Gjessing HK. Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking. Rapport 2006: 4. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2006.

Warner KE. Charting the science of the future. Where tobacco-control research must go. *Am J Prev Med* 2007; 33: S314–7.

The World Bank. *Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control.* The World Bank, Washington DC, 1999.

Shu-Hong Z, Wang BJ, Hartman A, Zhuang Y et al. Quitting cigarettes completely or switching to smokeless: do US data replicate the Swedish results? *Tobacco Control* published online 23 Jan 2009; doi:10.1136/tc.2008.028 209.

Øverland S, Hetland J, Aarø LE. Relative harm of snus and cigarettes: what do Norwegian adolescents say? *Tob Control* 2008; 17 (6): 422–5.

Aarø LE, Lund KE, Vedøy T, Øverland S. Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007. SIRUS rapport 3/2009. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

SIRUS rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se www.sirus.no under publikasjoner:

- 1/2009 Baklien, Bergljot & Wejden, Tone *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»*. 136 s. Oslo 2009.
- 1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser*. 76 s. Oslo 2008.
- 8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21-30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006*. 107 s. Oslo 2007.
- 7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. 169 s. Oslo 2007.
- 6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storvoll *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.
- 5/2007 Laurizen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 s. Oslo 2007.
- 4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. 130 s. Oslo 2007.
- 3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen*. 54 s. Oslo 2007.
- 2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervju-data fra 1973-2004*. 245 s. Oslo 2007.
- 1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 s. Oslo 2007.
- 5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. 83 s. Oslo 2006.
- 4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 112 s. Oslo 2006.
- 3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. 165 s. Oslo 2006.
- 2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 s. Oslo 2006.
- 1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 s. Oslo 2006.
- 6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990-2004*. 75 s. Oslo 2005.
- 5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 s. Oslo 2005.
- 4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004*. 176 s. Oslo 2005.
- 3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. 120 s. Oslo 2005.
- 2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003*. 44 s. Oslo 2005.
- 1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll *Evaluering av alkoholkampanjen "Alvorlig talt"*. 128 s. Oslo 2005.

SIRUS skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se www.sirus.no under publikasjoner:

- 1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. 83 s. Oslo 2008.
- 5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*. 43 s. Oslo 2007.
- 4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007.
- 3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973-2006*. 43 s. Oslo 2007.
- 2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidte om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.
- 1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. 29 s. Oslo 2007.
- 5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasiekspérimentell undersøkelse*. 68 s. Oslo 2006.
- 4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen "Hver eneste sigarett skader deg"*. 53 s. Oslo 2006.
- 3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen "Røyken tar pusten fra deg"*. 116 s. Oslo 2006.
- 2/2006 Lund, Karl Erik *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003-2007*. 110 s. Oslo 2006.
- 1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse*. 121 s. Oslo 2006.
- 6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene*. 33 s. Oslo 2005.
- 5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001*. 92 s. Oslo 2005.
- 4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument*. 60 s. Oslo 2005.
- 3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen*. 46 s. Oslo 2005.
- 2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse*. 75 s. Oslo 2005.
- 1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri- programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer*. 59 s. Oslo 2005.



SIRUS

Postboks 565 Sentrum, 0105 Oslo

ISBN 978-82-7171-319-5

ISSN 1502-8178

