

Slutteinteresse hos de gjenværende røykerne: indikatorer, andeler og implikasjoner for tobakkspolitikken

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Av: Karl Erik Lund & Gunnar Sæbø, Avdeling for rusmidler og tobakk, område for fysisk og psykisk helse, Folkehelseinstituttet (2021)

Publisert: 23.07.2021

DOI: <https://doi.org/10.21340/qzpy-yp44>

Sammendrag

Hvor mange av dagens røykere ønsker å slutte å røyke? Anslagene er ulike og varierer med hvilket spørsmål som stilles. Vi har undersøkt hvordan et representativt utvalg røykere (N=806) fordeler seg på fire indikasjoner for slutteinteresse; i) uttrykt grad av slutteønske, ii) prediksjon av framtidig røykestatus, iii) rapportert planmessighet for å slutte å røyke og iv) erklæringer om tidligere utførte sluttetforsøk. Basert på disse variablene konstruerte vi en indeks. På denne ble en tredjedel av røykerne kategorisert med høy eller svært høy slutteinteresse. For denne gruppen kan høyere tobakksavgifter, sterkere restriksjoner for utendørs røyking og redusert tilgjengelighet til sigaretter være en hjelp til etterlevelse av de ønskene om røykeslutt som de i utgangspunktet har. Nærmere halvparten av røykerne hadde imidlertid lav eller svært lav interesse for å slutte. For denne gruppen vil en intensivering av de strukturelle tiltakene mot røyking kanskje ikke representere noen hjelp, men snarere oppleves som tap av velferd, tap av handlingsfrihet og umyndiggjøring. Vi drøfter resultatene i lys av legitimeringsutfordringer som myndighetene møter ved intensivering av strukturelle tiltak mot røyking og tar også inn røykernes perspektiv.

Abstract

How many of the current smokers want to quit? The estimates varies and depend upon the type of question asked. We investigate how a representative sample of smokers (N = 806) is distributed on four indications for quitting interest; i) degree of desire to quit, ii) prediction of future smoking status, iii) reported schedule for quitting smoking and iv) statements on

previously performed quit attempts. Based on these variables, we constructed an index. One third of the smokers was categorized as having a high or very high quitting interest. For this group, tax hikes, stronger restrictions on outdoor smoking and reduced availability of cigarettes may provide opportunities to comply with a real desire to quit smoking. However, nearly half of the smokers had low or very low interest in quitting. For this group, intensification of structural measures against smoking may not represent any help, but rather is experienced as loss of welfare, loss of freedom to act and incapacitation. We discuss the results in light of justification challenges that the authorities face when intensifying structural measures against smoking, and also take the smokers' perspective into account.

Nøkkelord: tobakk, røykeslutt, forebygging, paternalisme, politikk

Innledning

En historisk oversikt over lover og regler for røyking i Norge viser at strukturelle virkemidler som avgiftsøkninger, adgangsrestriksjoner og begrensninger i tilgjengelighet har vært pilarer i den vellykkede politikken for å redusere andel røykere (Folkehelseinstituttet (FHI), 2020a). Ifølge en systematisk rangering av tobakkskontroll i 36 europeiske land, er Norge plassert på femteplass med spesielt høy skåre for sitt avgiftsnivå og sine røykeforbud (Joossens, Feliu & Fernandez, 2020). I formålsparagrafen for Lov om vern mot tobakkskader erklæres en visjon om et røykfritt samfunn (LOV-2020-05-20-42) og i planer for å oppnå dette, inngår en intensivering av de strukturelle virkemidlene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2019). I tillegg til at strukturelle virkemidler kan redusere initiering av røyking blant unge, beskytte tredjepart mot passiv røyking og stimulere til røykeslutt, har slike tiltak også innflytelse på normklima for og holdningene til røyking (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010; Voigt, 2019) noe som i sin tur kan øke sosial aksept for ytterligere intensivering av tiltak.

Hjelpe-argumentet

For røykere kan intensivering av strukturelle virkemidler innebære redusert handlingsrom og oppleves som tvangsmessig, noe som også erkjennes i offentlige planer (Helsedirektoratet, 2019). Da kan det bli vist til at tiltakene også representerer en hjelp til røykere som av en eller annen form for beslutningssvikt fortsetter å røyke mot sin vilje (Braanen Sterri, 2014; Conly, 2012; Goodin, 1989, 1991; Sæbø, 2012b; Thaler & Sunstein, 2008; Voigt, 2019). Hjelpe-

argumentet bygger på en logikk der nikotinavhengighet antas å innvirke på valgfunksjonene slik at beslutningen om å tenne nok en sigarett forstyrres av signalstyrete tenningsreaksjoner (*cues & cravings*) (Loewenstein, 1999). Sug og overveldende lyster kan føre til at røykere handler i utakt med egen interesse og overbevisning. Tiltakene vil da kunne gi disse røykerne anledninger som kan motivere til å gjeninnføre selvregulering og til å etterleve de ønskene som de selv i utgangspunktet har.

For at myndighetene skal kunne påberope hjelpe-argumentet ved intensivering av strukturelle tiltak, bør beslutningssvikten medføre alvorlige konsekvenser samtidig som slutteinteressen bør være utbredt (Røgeberg, 2012). Unnlåtelsen av å forfølge sine ønsker om å slutte å røyke kan utvilsomt bli *alvorlig* for røykerens framtidige helsestatus. Hvor *utbredt* interessen er for å slutte vil imidlertid være avhengig av hvem vi spør (daglig-røykere eller av-og-til-røykere) og hvilket spørsmål vi velger å tappe informasjon fra. Kunnskap om størrelsen på den andel av røykerne som faktisk ønsker å slutte – og den andel som ikke ønsker det – er nyttig i legitimeringen av strukturelle tiltak. I dag mangler imidlertid et standardisert mål på røykeslutteinteresse. Basert på multiple indikatorer er formålet i denne artikkelen å framskaffe mer robuste tall om slutteinteressen blant dagens røykere.

Røykere som vil slutte?

Røyking er den viktigste årsak til sykdom og for tidlig død som lar seg forebygge. Andel røykere i befolkningen har imidlertid blitt kraftig redusert gjennom de siste tiår. Nedgangen har oppstått som følge av at færre unge har begynt å røyke og at etablerte røykere har sluttet å røyke (Vedøy, 2015). Det er nå flere forhenværende røykere i befolkningen enn aktive røykere (FHI, 2020b). I tillegg til at røykerne er desimert, har røyking fått et negativt symbolinnhold (Scheffels, 2008), brukergruppen har gjennomgått en sosial deklassering (Vedøy, 2014) og atferden utføres i et stadig mer tobakksfiendtlig normklima (Lund, 2008). Undersøkelser viser at mange røykere evaluerer sin egen atferd negativt (Sæbø, 2012a) og føler seg stigmatisert (Bilgrei, 2012; Scheffels & Sæbø, 2012; Sæbø & Lund, 2020). Studier av risikopersepsjoner viser dessuten at røykerne er godt informert om at fortsatt røyking vil kunne påføre dem selv helseforringelse (Lund & Vedøy, 2019; Lundborg & Lindgren, 2004). Ytre sosialt trykk og indre helse relatert motivasjon skulle tilsi at et segment av de gjenstående røykerne vil besitte et ønske om å slutte, ha forestillinger om seg selv som ikke-røykere på et framtidig tidspunkt, ha lagt mer eller mindre konkrete slutteplaner og utført faktiske forsøk på

å slutte å røyke. Sosialantropologen Thomas Hylland Eriksen (2006) har beskrevet hvordan han selv kapitulerte for røykeloven;

Så hvorfor slutte? Det har å gjøre med årsakene til at jeg begynte, som var helt og holdent estetiske. For ikke lenge siden oppdaget jeg nemlig at det var blitt umulig å se at Bogart, Dean og Sinatra var kule med sigaretten i munnviken. Selv den intenst kjederøykende, lynskarpe Jean-Paul Sartre ser direkte komisk ut med sin dinglende Gauloise. Nesten dum. Sigaretten fremstår plutselig som et irrelevant vedheng, som en klovnese eller et overdimensjonert penisfuttal, et latterlig symbol fra en tilbakelagt tidsepoke. Jeg klarer ikke å ta denne metaforiske fabrikkpipen alvorlig lenger. Det 21. århundres estetikk har til slutt innhentet meg også. (Eriksen, 2006)

Røykere som vil fortsette?

På en annen side rapporterer røykere også om positive funksjoner som bidrar til å opprettholde atferden. I klassikerne *Cigarettes are sublime* (Klein, 1995) og *Nicotine – A love story up in smoke* (Hens, 2017) beskriver forfatterne eksistensielle sider ved røykingen som for dem fortrenge interessen for å slutte. Her handler røykingen om lidenskap, balanse og harmoni. Hens (2017) røykte når han var glad, når han var lei seg, når han var mett, når han var sulten; enhver sigarett han har røykt, påstår han, hadde et formål. Sigarettene kan ha funksjon som sosial distinksjonsmarkør; At du røyker, hva du røyker, hvordan du røyker og hvem du velger å røyke sammen med brukes for å kommunisere identitet og plassering i det sosiale landskapet (McCracken, 1992). Sigaretten kan være en sosial krykke i ukjente omgivelser og røyking en rituell handling som kan skape fellesskapsfølelse. Nikotin er et psykoaktivt stoff som kan gi velbehagsfølelse og stimulere kognitive funksjoner (Heishman, Kleykamp & Singleton, 2010). Sigaretten kan også fungere som belønning, trøst og stressdemper. Røyking kan representere normativ overskridelse og subkulturell motstand, samt uttrykke stil, sosialitet, gledesfylte opplevelser og kulturell kapital (Goodman, 1994; Pedersen, 2008; 2015; Poland et al., 2006; Tokle, 2012; Kasemets, 2018). Et segment av røykerne vil derfor kanskje ikke ha noe ønske om å slutte, langt mindre ha lagt konkrete slutteplaner, ikke utført forsøk på å slutte og betrakter seg selv som røykere også i framtiden. For den gruppen røykere som *ikke* rapporterer noe ønske om å slutte, vil restriksjoner og høyere avgifter kanskje ikke representere noen hjelp, men snarere oppleves som tap av velferd, tap av handlingsfrihet og umyndiggjøring (Voigt, 2010; Pedersen, 2011; Sæbø, 2012c; Røgeberg, 2012; Braanen Sterri, 2014).

Mellom de to ovennevnte gruppene finner vi de ambivalente røykerne som både har lyst til å slutte samtidig som de har lyst til å fortsette (Schioldborg & Skavlan, 2003; Ausland & Johnsen, 2013; Scheffels & Tokle, 2017). De balanserer de negative konsekvensene ved røyking mot de positive funksjonene uten at vektingen tipper i en bestemt retning, eller de kan ha ustabile preferanser når det gjelder røykeslutt.

Daglig-røykere vs. av-og-til-røykere

Om lag halvparten av røykerne i Norge bruker sigarettene kun av og til (FHI, 2020b). Av-og-til-røykerne er en uensartet gruppe som består av tre fraksjoner; forhenværende daglig-røykere som trapper ned sigarettforbruket, personer med et stabilt og vedvarende lav-frekvent forbruk av sigaretter og personer som etter hvert vil komme til å bli daglig-røykere (Kvaavik, von Soest & Pedersen, 2014). I forhold til daglig-røykerne er de yngre, oftere bosatt i by, har lengre utdanning, høyere inntekt, står sterkere i arbeidsmarkedet og har sjeldnere symptomer på dårlig mental helse. Av-og-til-røyking kan signalisere en type kontroll og være en positiv markør for individualitet, attraktivitet, nytelse og frihet. Forbruket er hovedsakelig situasjonsbestemt, røykingen skjer oftest sammen med andre og mest typisk i forbindelse med festligheter i helgene (rekreasjonsbruk). De vurderer sin egen røyking som lite risikofylt (Sæbø, 2017; Kvaavik, Scheffels & Lund, 2014; Pedersen, 2009; Scheffels & Lund, 2005; Tokle, 2012; Scheffels & Tokle, 2017).

Den idealtypiske daglig-røyker har på sin side blitt beskrevet som en middelaldrende, skilt Fremskrittsparti-velger fra Nord-Norge med kort utdanning, lavt lønnet arbeid i industrien eller plassert utenfor arbeidsstyrken (Lund & Lund, 2005). I en korrespondanseanalyse av livsstilforskjeller innen gruppen tobakkbrukere, ble daglig-røykerne – i motsetning til av-og-til-røykerne – kategorisert med lav økonomisk og kulturell kapital (Sæbø, 2017). En undergruppe av daglig-røykerne er de såkalte «hardcore smokers» (Lund, Lund & Kvaavik, 2011) som bl.a. kjennetegnes av lav slutteinteresse. Det er således grunn til å undersøke om sluttelysten i gruppen røykere vil variere med bruksfrekvensen av sigaretter.

Hvor store er andelene?

I Norge røyker om lag 400 000 personer daglig og 400 000 personer av og til (FHI, 2020b+d). Anslagene varierer for hvor mange av disse som ønsker å slutte å røyke, og forskjellene illustrerer behovet for en standardisert beregningsmåte for kartlegging av slutteinteresse. I denne artikkelen har vi undersøkt hvordan røykerne fordeler seg på fire indikasjoner for

slutteinteresse; i) uttrykt grad av slutteønske, ii) prediksjon av framtidig røykestatus, iii) rapportert planmessighet for å slutte å røyke og iv) erklæringer om tidligere utførte slutforsøk. Basert på disse variablene konstruerte vi en indeks for grad av slutteinteresse, sammenlignet indeksskåre i undergrupper av røykere og kartla hvordan røykerne fordelte seg på indeksen.

I hovedsak diskuteres resultatene i lys av myndighetenes legitimeringsutfordringer ved intensivering av strukturelle tiltak mot røyking. Her inntar vi også røykernes perspektiv. I tillegg drøfter vi om andelen med høy interesse for røykeslutt blant dagens røykere er egnet for å predikere den framtidige slutteraten for røyking.

Materiale og metode

Vi benyttet data samlet inn på oppdrag fra Helsedirektoratet i forbindelse med *Stoptober-kampanjen* (Helsedirektoratet, 2020c). Dette er en landsdekkende mediekampanje som motiverer røykere og snusbrukere til å gjøre et slutforsøk i oktober og deretter holde seg tobakksfri gjennom de påfølgende 28 dagene. Før og etter kampanjen administrerer Mindshare Norway undersøkelser blant tobakksbrukere der det inngår spørsmål om bl.a. slutteintensjoner og -aktivitet. Vi analyserte data samlet inn i perioden *før* oppstart av henholdsvis 2019- og 2020-kampanjen.

Invitasjon til å delta ble sendt på e-post til personer som var forhåndsregistrert som røykere eller snusbrukere i Norstat sitt webpanel. Utvalget ble tilfeldig trukket, men ble overvåket for å kunne kompensere for eventuell underrepresentasjon av ulike befolkningsgrupper basert på kombinasjoner av alder, kjønn og regioner. I så fall ble det sendt ut proporsjonalt flere invitasjoner til de underrepresenterte lagene under datafangsten (kvote-sampling). Når innkomne svar nådde opp i et på forhånd ønsket antall, ble datainnsamlingen avsluttet. Data ble ikke vektet i etterkant.

Besvarelsene ble avgitt via datamaskin, smarttelefon eller nettbrett. Respondentene var ilagt en karantenetid på ett år etter tidspunktet for besvarelsen for å utelukke doble svar fra samme person ved neste års undersøkelse. Ved komplett utfylling av spørreskjemaet opparbeider respondenten poeng som ved en viss størrelse kan veksles inn i en premie.

Inklusjonskriteriet i vår undersøkelse var regelmessig eller uregelmessig bruk (daglig eller av og til) av sigaretter, rulletobakk, sigarer, sigarillos eller pipetobakk. I utvalget var det 862

røykere (tabell 1). Vår rapportering er basert på de 806 røykerne som hadde avgitt svar på alle de fire indikasjonene for slutteinteresse.

Mål

Røykestatus ble kartlagt med spørsmålet «Røyker du (sigaretter, rulletobakk, pipe, sigarer/sigarillos)?» Svaralternativene var Ja, daglig, Ja, av og til og Nei, jeg har sluttet. Respondenter som hadde sluttet å røyke siden forhåndsregistreringen i Norstat, men som likevel hadde besvart spørsmål om slutteinteresse, ble ekskludert fra våre analyser.

I Helsedirektoratets spørreskjema inngikk spørsmål hentet fra validerte kartleggingsinstrumenter som måler røykernes interesse for å slutte å røyke, f.eks. The readiness to quit scale (Crittenden et al., 1994), The readiness to smoking cessation scale (Kurcer, Erdogan & Ozkan, 2020) og Willingness to quit scale (Onchonga et al., 2020), som brukes av US Departement og Health and Human Services (2011) og Centers for Disease Control and Prevention (2011).

I et direkte spørsmål ble røykerne bedt om å angi sin grad av *sluttelyst* (tabell 2) på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Spørsmålets ordlyd var «I hvilken grad vil du si at du selv ønsker å slutte å røyke?» Sluttelyst har i tidligere studier vist seg å være en god prediktor for framtidige sluttforsøk (IARC, 2008; Smit, Fidler & West, 2011) og inngår bl.a. i Motivation To Stop Scale (Kotz, Brown & West, 2013).

Spørreskjemaet inneholdt også tre *indirekte* indikatorer på sluttelyst. *Prediksjon om framtidig røykestatus* (tabell 3) ble målt ved å sette sammen svar fra to spørsmål. Innledningsvis ble røykerne bedt om å besvare «Ser du deg selv som røykfri i fremtiden?» med alternativene ja, nei og vet ikke. Røykere som svarte ja fikk oppfølgingsspørsmålet «Når ser du deg selv som røykfri?» med svarkategoriene innen 12 måneder, 1-2 år, 3-4 år, om 5 år eller senere og vet ikke. Prediksjon er et uforpliktende utsagn om framtidig atferd og skiller seg fra en intensjon som inneholder større grad av planmessighet og grunngivning (Anscombe, 2000). Studier har likevel funnet at prediksjon om framtidig røykestatus er korrelert med sluttforsøk (Treur et al., 2014; Lipkus & Shepperd, 2009).

Planmessighet for å slutte (tabell 4) ble målt med spørsmålet «Har du planer om å prøve å slutte å røyke?» Svaralternativene var; jeg vurderer å slutte i løpet av den neste måneden, jeg vurderer å slutte i løpet av 1–3 måneder, jeg vurderer å slutte i løpet av 4–6 måneder, jeg vurderer å slutte – men ikke i løpet av de første 6 månedene, jeg vurderer ikke å slutte å røyke

og vet ikke. Tidligere studier har funnet at gjennomføringsplanlegging (action planning) er assosiert med røykeslutt (de Vries, Eggers & Bolman, 2013) og særlig viktig er såkalte implementeringsintensjoner (McWilliams et al., 2019; Hagerman et al., 2020) der røykeren har nærstående planer om å slutte og har forberedt seg på kritiske situasjoner for tilbakefall.

Tid siden siste *utførte slutforsøk* (tabell 5) ble kartlagt ved å sette sammen svar fra to spørsmål. Innledningsvis fikk røykerne spørsmålet «Har du prøvd å slutte å røyke?» Svarene var; ja (gradert etter antall ganger), nei – har aldri prøvd og husker ikke. Respondenter som svarte ja fikk oppfølgingsspørsmålet «Når forsøkte du sist å slutte å røyke?» med alternativene den siste måneden, for 1 til 3 måneder siden, for 4 til 6 måneder siden, for 6 til 12 måneder siden, for 1-2 år siden, for mer enn 2 år siden og husker ikke. Undersøkelser har vist at tidsavstand til siste slutforsøk er assosiert med framtidige forsøk på røykeslutt (Ferguson et al., 2003; Hyland et al., 2006).

Indeks

Svarkategoriene i tabellene 2–5 kan rangeres etter hvor stor interesse for røykeslutt respondentene uttrykker. I siste kolonne i tabellene 2–5 har vi oppført rangeringsskåre som varierer fra 0 (laveste grad av sluttelyst) til 5 (høyeste grad av sluttelyst). Vår tilordning av rangeringsskåre er inspirert av de tre nevnte kartleggingsinstrumentene (Crittenden et al., 1994; Kurcer, Erdogan & Ozkan, 2020; Onchonga et al., 2020). Det er ulik praksis for behandling av vet-ikke-svar. I noen skalaer ekskluderes respondenter med slike svar. Vi valgte en framgangsmåte der tallverdien for vet-ikke-svarene i tabellene 2–4 og husker ikke-svar i tabell 5 ble tilordnet en skåre som var høyere enn ekstremverdien for lav slutteinteresse.

En ordinal fordeling av svarkategoriene gjør det mulig å konstruere en additiv indeks basert på de fire indikasjonene for slutteinteresse – en direkte (tabell 2) og tre indirekte (tabellene 3–5). Den verdien en respondent får i indeksen bestemmes av kombinasjonen av rangeringsskåre på de fire indikasjonene. Indeksverdien vil kunne variere mellom 0 (laveste grad av sluttelyst på alle spørsmål) og 20 (høyeste grad av sluttelyst på alle spørsmål). Indeksen ble gitt samme variasjonsbredde som de fire indikasjonene (skala fra 0 til 5) ved å dividere på fire. Intern konsistens ble målt med Cronbach's alpha. Forskjeller i gjennomsnittsskåre på indeksen mellom undergrupper av røykerne ble signifikantestet med Independent samples T-test. Alle analyser ble utført i SPSS versjon 27.

Resultater

Nesten halvparten av røykerne rapporterte at de kun røykte av og til (45,8 %). Andre karakteristika ved utvalget går fram fra tabell 1.

Tabell 1. Utvalgets sammensetning på demografi og røykestatus (N=862)

	Antall	Prosent
Kjønn		
Kvinner	469	54,4
Menn	393	45,6
Røykevaner		
Daglig	467	54,2
Av og til	395	45,8
Region		
Oslo/Akershus	210	24,4
Øvrige Østlandet	245	28,4
Sør- og Vestlandet	244	28,3
Trøndelag og Nord-Norge	163	18,9
Aldersgruppe		
18–36 år	272	31,6
37–53 år	290	33,6
54 år +	300	34,8

Tabell 2. Grad av slutteønske etter røykestatus

I hvilken grad ønsker du selv å slutte å røyke?	Røykestatus			N	Indeks-skåre
	Daglig (%)	Av og til (%)	Alle røykere (%)		
I svært stor grad	14,8	16,2	15,4	124	5
I stor grad	23,6	18,6	21,5	173	4
I noen grad	28,5	24,2	26,7	215	3
I liten grad	14,6	13,9	14,4	115	2
I svært liten grad	16,3	21,8	18,6	150	0
Vet ikke	2,4	5,3	3,6	29	1
Sum	100	100	100		
N	467	339	806	806	

Pearsons chi 11.973, signifikans 0.035

Det direkte spørsmålet om sluttelyst grupperte røykerne i tre nesten like store segment. Til sammen 36,9 % av røykerne oppga at de i svært stor grad (15,4 %) eller stor grad (21,5 %) ønsket å slutte å røyke. Et nesten like stort segment av røykere – til sammen 33 % – rapporterte at de i liten grad (14,4 %) eller i svært liten grad (18,6 %) ønsket å slutte å røyke. De resterende 30,3 % av røykerne svarte skalaens midtkategori (26,7 %) eller at de ikke visste

(3,6 %). Det var grense-signifikant forskjell i svarfordelingen mellom dagligrøykere og av-og-til-røykere (tabell 2).

Tabell 3. Prediksjon om framtidig røykestatus

Ser du deg selv som røykfri i framtiden?					
	Røykestatus			N	Indeks-skåre
	Daglig (%)	Av og til (%)	Alle røykere (%)		
Ja..	(46,0)	(64,3)	(53,7)	(433)	-
...innen 12 mnd.	22,9	33,9	27,5	222	5
...innen 1–2 år	8,8	7,1	8,1	65	4
...innen 3–4 år	4,5	4,7	4,6	37	3
...om 5 år eller seinere	3,2	3,8	3,5	28	2
...men vet ikke når	6,6	14,7	10,0	81	1
Nei	18,6	15,0	17,1	138	0
Vet ikke	35,3	20,6	29,2	235	0.5
Sum	100	100	100		
N	467	339	806	806	

Pearsons chi 38.447, sign 0.000

I overkant av hver fjerde røyker (27,5 %) antok at deres røykfrihet ville komme til å inntreffe innen ett år. Nesten like mange (26,2 %) predikerte at røykfrihet for deres del først ville inntreffe lengre fram i tid. Til sammen predikerte drøyt halvparten av røykerne (53,7 %) en røykfri framtid på et eller annet tidspunkt – signifikant flere av-og-til-røykere (64,3 %) enn dagligrøykere (46 %). De resterende røykerne betraktet ikke seg selv som røykfrie i framtiden (17,1 %) eller de visste ikke (29,2 %) hva framtiden ville bringe.

Tabell 4. Planmessighet for å slutte å røyke

Har du planer om å slutte å røyke?					
	Røykestatus			N	Indeks-skåre
	Daglig (%)	Av og til (%)	Alle røykere (%)		
Vurderer å slutte å røyke...	(62,0)	(46,3)	(55,4)	(447)	-
...i løpet av neste måned	11,3	19,2	14,6	118	5
...i løpet av 1–3 måneder	14,3	11,8	13,3	107	4
...i løpet av 4–6 måneder	12,8	6,2	10,0	81	3
...men ikke i løpet av de første 6 måneder	23,6	9,1	17,5	141	2
Vurderer ikke å slutte å røyke	21,6	31,9	25,9	209	0
Vet ikke, ønsker ikke å svare	16,3	21,8	18,6	150	1
Sum	100	100	100		
N	467	339	806	806	

Pearsons chi, 52.327, sign 0.000

Tabell 4 viser at 14,6 % av røykerne vurderte å slutte å røyke i løpet av neste måned, og ytterligere 13,3 % innen tre måneder. Til sammen 27,5 % vurderte røykeslutt først etter 4–6

måneder eller seinere. Hver fjerde røyker (25,9 %) vurderte ikke røykeslutt i det hele tatt, mens omtrent hver femte (18,6 %) krysset av for vet ikke/ønsker ikke å svare. Flere dagligrøykere (62 %) enn av-og-til-røykere (46,3 %) vurderte å slutte å røyke på ett eller annet tidspunkt, men dagligrøykerne hadde større langsiktighet i sine slutteplaner.

Tabell 5. Historie for røykeslutforsøk

	Har du prøvd å slutte å røyke?			N	Indeks-skåre
	Daglig (%)	Av og til (%)	Alle røykere (%)		
Ja	(79,9)	(55,2)	(69,5)	(560)	-
- siste mnd.	3,0	6,2	4,3	35	5
- for 1-3 mnd siden	4,5	8,6	6,2	50	4.5
- for 4-6 mnd siden	4,7	6,1	5,3	43	4
- for 6-12 mnd siden	9,0	6,2	7,8	63	3.5
- for 1-2 år siden	12,4	8,0	10,5	85	3
- for mer enn 2 år siden	45,4	17,1	33,5	270	2
- ja, men husker ikke når	0,9	2,9	1,7	14	1
Nei	18,2	33,9	24,8	200	0
Husker ikke	1,9	10,9	5,7	46	0.5
Sum	100	100	100		
N	467	339	806	806	

Pearsons chi 115.548, sign 000

Til sammen 23,6 % av røykerne rapporterte at de hadde gjort forsøk på å slutte å røyke i løpet av siste år. Ytterligere 45,9 % hadde gjort slutforsøk for mer enn ett år siden eller husket ikke tidspunktet for når slutforsøket ble gjort. Til sammen rapporterte 69,5 % av røykerne at de hadde gjort forsøk på å slutte – flere dagligrøykere (79,9 %) enn av-og-til-røykere (55,2 %). Hver fjerde røyker (24,8 %) hadde ikke tidligere gjort forsøk på å slutte.

Indeksskåre

De parvise korrelasjonene mellom de fire indikatorene var høy (Cronbach's alfa 0.815). Det at respondentene svarer konsistent (høy verdi på en indikator faller sammen med høy verdi på de andre og vise versa), tyder på at indikatorene måler samme underliggende fenomen (slutteinteresse) og at indeksen dermed har god validitet. Variasjonsbredden i indeksen gikk fra 0 (svært lav interesse) til 5 (svært høy interesse), og gjennomsnittsskåre for utvalget var 2,26 (std.avik 1.423). Med unntak av eldste aldersgruppe, som hadde signifikant lavere skåre på indeksen enn midterste aldersgruppe, ble det ikke observert signifikante forskjeller i skåre

mellom kvinner og menn, mellom ulike regioner eller mellom daglig- og av-og-til-røykere (tabell A, vedlegg).

Til tross for stor likhet i gjennomsnittsskåre mellom de to røykekategoriene, ble det observert forskjeller i spredningsmønsteret (varians) på indeksen. Av-og-til-røykerne hadde større opphopning i ekstremkategoriene enn dagligrøykerne som på sin side fordelte seg jevnere (tabell 6). Tilsvarende forskjeller i spredning ble ikke funnet mellom kvinner og menn, mellom ulike aldersgrupper eller mellom ulike regioner (ikke vist i tabell).

Tabell 6. Røykernes skåre på indeks basert på fire indikatorer for slutteinteresse

Slutteinteresse	Røykestatus			N
	Daglig (%)	Av og til (%)	Alle røykere (%)	
Svært høy (4,1-5)	10,5	15,6	12,7	102
Høy (3,1-4)	19,3	16,8	18,2	147
Middels (2,1-3)	21,4	17,7	19,9	160
Lav (1,1-2)	27,2	20,9	24,6	198
Svært lav (0-1)	21,6	28,9	24,7	199
Sum	100	100	100	
N	467	339	806	806

Pearsons chi 13.461, sign 0.009

På vår indeks kan 12,7 % av røykerne kategoriseres i gruppen med svært høy interesse for å slutte å røyke, mens ytterligere 18,2 % hadde høy interesse – til sammen 30,9 %. I den andre enden ble 24,7 % av røykerne klassifisert med svært lav slutteinteresse og ytterligere 26,6 % med lav interesse for å slutte å røyke – til sammen 49,3 %. De resterende 19,9 % ble rubrisert med middels slutteinteresse.

Diskusjon

Behov for standardisert mål på slutteinteresse

Hvor stor andel av røykerne vil slutte og hvor stor andel vil fortsette? Svaret avhenger av hvilket spørsmål som stilles, hvordan svarene grupperes sammen og om vi spør røykere med høy eller lav bruksintensitet. Spør vi daglig-røykerne om de har forsøkt å slutte å røyke, svarer 80 % ja, men bare 21 % hadde gjort et slikt forsøk i løpet av siste år. Spør vi om de vurderer å slutte å røyke, svarer 62 % ja, men bare 11 % har en implementeringsintensjon om å slutte i løpet av neste måned. Spør vi om de ser seg selv som røykfrie i framtiden, svarer 46 % ja, men kun 22 % sier det vil skje innen ett år. I tillegg oppgir 67 % at de har et ønske om å slutte å røyke, men bare 15 % ønsker dette i svært stor grad.

Blant av-og-til-røykerne – som utgjør ca. halvparten av røykerne – er det gjennomgående lavere andeler som ønsker å slutte (59 %), som vurderer å slutte (46 %) og som har gjort forsøk på å slutte (55 %). Til forskjell fra daglig-røykerne ser det imidlertid ut til at av-og-til-røykerne har en relativt sett større andel som uttrykker *sterke* ønsker om å slutte (15 %), rapporterer *implementeringsintensjoner* for å slutte (19 %) og har utført *ferske* slutforsøk (27 %). Av-og-til-røykerne ser også oftere for seg en røykfri framtid (64 %) enn daglig-røykerne, og relativt sett flere (34 %) oppgir at det kan skje innen ett år.

Informasjon om røykernes interesse for å slutte å røyke kan med andre ord tappes fra flere spørsmål som enkeltvis vil gi ulike anslag for gruppestørrelsen på røykere med slutteinteresse. Denne kompleksiteten inviterer til bruk av multiple indikatorer i en indeks. Indeksen vil gi et mer robust og valid mål enn enkeltvariablene. Hvordan indeksen kalibreres vil ha betydning for resultatet. På vår indeks ble 29,8 % av daglig-røykerne og 32,4 % av av-og-til-røykerne kategorisert med høy eller svært høy slutteinteresse. Vesentlig høyere andeler – respektive 48,8 % og 49,8 % – hadde lav eller svært lav slutteinteresse. Resultatet kunne blitt annerledes dersom vi f.eks. hadde hatt tilgang til flere indikatorer for slutteinteresse, vektet noen av våre indikatorer tyngre enn andre eller tilordnet rangeringsskåre på indikatorene på en annen måte.

Så vidt vi kjenner til, er det ikke tidligere publisert indeksmåling av slutteinteresse basert på multiple indikatorer. En undersøkelse fra USA konstruerte en indeks for «misnøye med å røyke» (discontent to smoke) basert på spørsmål om anger på røykestart, intensjoner om å slutte og selvvardert avhengighet (Pechacek et al., 2018). Ved bruk av disse indikatorene fant forskerne at andelen som var misfornøyd med sin røyking oversteg andelen som var fornøyd.

Vår framgangsmåte er basert på lik vekting av de fire indikatorene. Blant våre indikatorer vil prediksjon om framtidig røykestatus være den som ifølge litteraturen har svakest sammenheng med slutteinteresse. En nedvekting av denne indikatoren i indeksen ville resultert i at andelen med slutteinteresse ville blitt noe mindre. En tyngre vekting av det direkte spørsmålet om sluttelyst i indeksen, ville resultert i en noe høyere andel med slutteinteresse.

Nivellering av numerisk distanse mellom indikatorverdiene er foretatt etter faglig vurdering av forfatterne. Vi har ingen garanti for at vår rangeringsskåre deles av respondentene.

Anslag fra andre studier

Vårt anslag for størrelsen på det segmentet som har slutteinteresse – ca. 30 % – ligger vesentlig under det som oppgis i kampanjemateriell fra Helsedirektoratet. Her hevdes det at «60–70 prosent av de som røyker daglig ønsker å slutte» (Helsedirektoratet, 2020a). Det blir resultatet hvis man kun henter informasjon fra Stopptober-undersøkelsen i 2020, bruker kun en av indikatorene (I hvilken grad ønsker du å slutte å røyke?) og plasserer midtkategorien (3) på skalaen fra 1 til 5 til den gruppen som uttrykker slutteinteresse.

I SSBs landsrepresentative undersøkelser svarer i overkant av 40 % av daglig-røykerne at de er svært interessert (27 %) eller ganske interessert (16 %) i å slutte å røyke (FHI, 2020e). Det er i god overensstemmelse med tabell 2 hos oss. Også andelene med slutteforsøk siste år – ca. 25 % – er ganske like i de to undersøkelsene. I SSBs undersøkelse var det imidlertid færre røykere som oppga at de hadde forsøkt å slutte å røyke (66 % av dagligrøykerne og 47 % av av-og-til-røykerne) sammenlignet med tabell 5 (hhv. 80 % og 55 %).

Spørsmålene i SSBs undersøkelse gir også mulighet for å konstruere en indeks for slutteinteresse basert på flere indikatorer slik vi har gjort for Stopptober-undersøkelsene. Det har foreløpig ikke blitt gjort. I en kartlegging av såkalte «hardcore smokers» i Norge for perioden 1996–2009 (Lund, Lund & Kvaavik, 2011), ble imidlertid noen av indikatorene for sluttelyst brukt i sammenheng (prediksjon, planmessighet og røykeslutthistorie). Forfatterne fant at åtte av ti daglig-røykere *ikke* hadde utført slutteforsøk i løpet av siste år, om lag halvparten oppga at de *ikke* planla å slutte å røyke i løpet av de neste seks månedene, og omtrent halvparten anså seg selv som røykere også om fem år. En direkte sammenligning med våre resultater vanskeliggjøres ved at variabelverdiene ikke er identiske. Andelen av røykepopulasjonen som oppfylte alle kriteriene på «hardcore smokers» var 29,4 % for perioden.

Selv om andel røykere med slutteinteresse skulle vise seg å ligge vesentlig under anslaget fra Helsedirektoratet, vil det ikke ha noen betydning for den framtidige slutteraten for røyking. Lenge ble røykeslutt betraktet som en sekvensiell prosess som gikk gjennom modningsstadier basert på den transteoretiske modellen for endring av avhengighetsatferd (Prochaska et al., 1985; DiClemente et al., 1991). Nyere forskning viste imidlertid at røykeslutt skjer fra alle stadier og at tilhold på ett stadium i begrenset grad predikerte hvilket som ble det neste (Cahill, Lancaster & Green, 2010; West, 2005; Littell & Girvin, 2002; Smedslund, 1997). Røykerne spretter fram og tilbake og situasjonelle faktorer trigger spontane forsøk på å slutte. I Stopptober-undersøkelsen oppga f.eks. 31,1 % av dagligrøykerne (N=373) og 50,3 % av av-

og-til-røykerne (N=187) at deres siste forsøk på å slutte å røyke ikke var forhåndsplanlagt (ikke i tabell). Spontane forsøk fra tidlige stadier er omtrent like (lite) vellykket som planlagte forsøk (Garnett et al., 2020; West & Sohal, 2006; West, 2008; Ferguson et al., 2009; Larabie, 2005). Det betyr at størrelsen på segmentet med sterk interesse for røykeslutt *ikke* trenger å være noen god indikator for den framtidige slutteraten.

Intensivering av strukturelle tiltak – «hjelp» eller «overkjørsel»?

Når strukturelle tiltak innføres – som økte avgifter, innskrenket adgang til utendørs røyking eller redusert kjøpstilgjengelighet – drøftes de som regel i lys av deres legalitet, om de er i tråd med helsepolitiske målsettinger, om de kan ha normgivende innflytelse og om de har potensial for å forebygge røykestart blant unge eller øke slutteraten for røyking blant etablerte brukere. Det erkjennes at tiltakene kan ha negative konsekvenser for etablerte brukere, men samtidig legges det vekt på at tiltakene også representerer en slags hjelp til røykere som fortsetter å røyke mot sin egen vilje. For å kunne påberope hjelpe-argumentet bør imidlertid slutteinteressen blant røykerne være utbredt (Røgeberg, 2007; 2012). I et legitimeringsperspektiv vil det være stor forskjell på om det er 30 % av røykene som røyker mot sitt eget ønske eller om det er mellom 60 og 70 % slik Helsedirektoratet hevder.

Vårt anslag er at rundt 50 % av røykerne har svært lav eller lav slutteinteresse. Disse vil sannsynligvis være lite entusiastisk innstilt til å motta mer «hjelp» fra myndighetene. Undersøkelser viser da også at forslag om innskrenkninger i f.eks. kjøpstilgjengelighet, adgangen til utendørs røyking og avgiftsøkninger på sigaretter har lav oppslutning blant røykerne (Lund, 2012; Lund, 2016). Det er imidlertid slike strukturelle tiltak mot røyking som ble anbefalt i en rapport fra Helsedirektoratet i 2019 (Helsedirektoratet, 2019).

I motsetning til pedagogiske tiltak, innebærer strukturelle tiltak at handlingsrommet for røykerne begrenses (Elster, 1989). Strukturelle tiltak innføres for at røykerne skal handle i samsvar med det myndighetene mener ville være i deres opplyste egeninteresse (Wilson, 2011; Flanigan, 2016). Når myndighetene tiltar seg retten til å bestemme hva som er best for sine medborgere, betyr det at myndighetene opphøyer sin verdi til et universelt fellesanliggende (Bourdieu, 1996; Freire, 1999). Våre resultater indikerer imidlertid at langt fra alle røykere vil mene at forbedret framtidig helsestatus som følge av røykeslutt vil være en viktigere velferdsverdi enn den avkastningen de opplever fra fortsatt røyking. Spørsmålet er i hvor stor grad disse røykernes syn skal vektlegges ved utformingen av tobakkspolitikken.

Hvis disse røykerne er informert om helseskadene og har akseptert risikoen ved å røyke, er villige til å betale prisen sigarettene koster, røyker på anviste steder uten å skade andre og ønsker å fortsette å røyke, har myndighetene da fortsatt rett til å sette deres selvbestemmelse til side av hensyn til deres eget beste? Det er viktig å unngå at hjelpe-argumentet blir et vikarierende påskudd som myndighetene griper til for å regulere en uønsket adferd i en situasjon hvor tiltakene skulle mangle støtte i den gruppen de er ment å hjelpe. Alternativt kan man hevde at røykere ikke innser at tiltakene vil hjelpe dem, men at de like fullt vil komme til å være takknemlige i etterkant. Dette resonnement brukes bl.a. til støtte for tvangsbehandling av narkomane.

I sin studie av norsk tobakkspolitikk hevdet Sæbø (2012b) at staten står for en overordnet sterk paternalistisk linje; «*de styrende myndighetene definerer ikke bare hvilke midler som gagner samfunnshelheten på en best mulig måte, men også hvilket mål som er ønskelig – nemlig 'det tobakksfrie samfunn'*» (Sæbø, 2012b, 20–21). Sæbø hevder at røykernes syn gradvis har blitt fraværende i debatten om strukturelle tiltak, og at deres perspektiv og erfaringer knapt diskuteres i dagens tobakkspolitiske strategiplaner og høringsnotater (Sæbø, 2012c). Forskeren foreslår å ta hensyn til denne gruppa ut fra tanken om demokratisk representasjon og viser til at brukermedvirkning har blitt vanligere på både narkotika- og alkoholfeltet. Særlig på narkotikafeltet har myndighetene i økende grad vært opptatt av brukernes selvforståelse og ivaretagelse av deres verdighet – både i praktisk politikk og i målsettingene for denne. Samme distinksjon har blitt trukket mellom tobakkspolitikken og politikken for å forebygge overvekt (Braanen Sterri, 2014).

Selv om intensivering av strukturelle virkemidler gjøres utfra et velgjøringsprinsipp og en omsorgsideologi, kan det implisere at røykerne som ønsker å fortsette å røyke får det vanskeligere (Wilson & Thompson, 2005). Røykerne er overrepresentert av personer med lav sosioøkonomisk status (FHI, 2020c) og med mentale lidelser (Lasser et al., 2000). En fra før belastet gruppe rammes dermed hardest. Helsedirektoratet støtter seg på det mye brukte argumentet om at avgiftsøkninger likevel må betraktes som sosialt progressive – og ikke regressive – fordi etterspørselsreduksjonen vil være størst i de gruppene hvor røyking er mest utbredt og vil dermed føre til sosial utjevning i framtidig helsestatus (Helsedirektoratet, 2019). Blant de røykepreventive tiltakene er det faktisk kun avgiftsøkninger som har vist større effekt i lavere enn i høyere sosioøkonomiske lag (Thomas et al., 2008; Brown, Platt & Amos, 2014; Hill et al., 2014; Smith, Hill & Amos, 2020). Argumentet impliserer imidlertid at verdien om

god framtidig helse blir altoverskyggende og trumfer de verdier ved røyking som kan forsyne røykeren med nåtidig livskvalitet og økt velferd (såkalt monomani).

Intensivert strukturell virkemiddelbruk mot røyking bygger på et moralsk grunnlag det er vanskelig å være mot – det redder liv. Aksepten må også forstås i lys av et asymmetrisk maktforhold – et klasseaspekt. Røykerne gjenstår som en sosial deklassert og marginalisert gruppe uten innflytelsesrike talsmenn (Nord, 2004). De organiserte tilhengerne av strengere tobakkspolitikk har til forskjell lengre utdanning, de innehar viktige samfunnsposisjoner og er skolert i kodeksen for myndighetskontakt (Berger, 1986; Snowdon, 2009; Lund, 2012). Ettersom andel røykere desimeres i befolkningen, kan de dessuten påberope seg stadig sterkere støtte til røykepreventive forslag – forslag som altså ikke rammer dem selv i særlig grad. Den skjeve fordelingen av sosial-, kulturell- og økonomisk kapital mellom avsenderne av forslagene og mottakerne som rammes blir sjelden problematisert når tobakkspolitikken utformes.

Strukturelle virkemidler har utvilsomt vært viktig, både for å øke slutteraten for røyking (avgangen) og for å redusere insidensen av røyking blant ungdom (tilsaget) (Aarø et al., 2009). Hensynet til sistnevnte har med rette vært spesielt viktig. I en situasjon hvor prevalensen av dagligrøyking blant ungdom er i ferd med å gå ned mot 1-2 %, er det kanskje tid for en ny avveining av intenderte og uintenderte konsekvenser når intensivering av strukturell virkemiddelbruk mot røyking diskuteres?

Libertariansk paternalisme

Helsedirektoratets rapport anbefaler imidlertid også andre tiltak som mer er i tråd med libertariansk paternalisme (Thalers & Sunstein, 2008). Her er formålet å «dulte» røykerne i en velferdsmaksimerende retning uten å frata dem muligheten til å velge. I september 2020 startet et treårig statsfinansiert røykeslutt-prosjekt i Vestre Viken Helseforetak der alle som røyker daglig tilbys gratis røykesluttmedisiner og røykesluttveiledning ved en av de kommunale frisklivssentralene i området (Helsedirektoratet, 2020b). Slike tiltak legger ingen begrensninger på røykernes handlingsmuligheter. Lignende ordninger i USA har vist seg å øke slutteraten for røyking (An, Schillo & Kavanaugh, 2006; Bauer, Carlin-Menter, Celestino, Hyland & Cummings, 2006; Cummings et al., 2006; Tinkelman, Wilson, Willett & Sweeney, 2007; Cunningham et al., 2016). Tilskuddsordningen har blitt positivt mottatt på de 21

Frisklivssentralene som er med i utprøvingen, og tilstrømmingen av røykere som benytter seg av tilbudet har vært større enn forventet.

Et annet mindre inngripende tiltak vil være å legge til rette for at røykere som ikke ønsker eller evner å slutte med nikotin skal kunne konvertere fra sigaretter til mindre farlige produkter – såkalt skadereduksjon (Røgeberg, 2012; Lund, 2017). Skadereduksjon som supplerende element i tobakkspolitikken er forankret som prinsipp i to Stortingsmeldinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 72; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 124) og har etter hvert også blitt omsatt i praktisk politikk. Stortinget har eksempelvis vedtatt å tillate et regulert salg av e-sigaretter i Norge (ennå ikke implementert). I statsbudsjettet for 2021 ble beskatningen av snus redusert med 25 %, mens avgiftssatsen på sigaretter ble beholdt uendret (Stortinget, 2021), og i revidert nasjonalbudsjett utdypet regjeringen beslutningen om å beskatte nikotinprodukter etter skadegrad (Finansdepartementet, 2021, s. 20–21). Også Helsedirektoratet går i sin 2019-rapport langt i retning av å anbefale bruk av skadereduksjonsprinsippet for å forebygge røykerelatert sykdom og død:

Det må vurderes en mer aktiv skadereduksjonstilnærming i røykesluttarbeidet i tilknytning til bl.a. den kommende godkjenningsordningen for nye tobakks- og nikotinprodukter og kommunikasjonen til publikum og helsepersonell om relative forskjeller i skadepotensialet mellom produktene. Å justere avgifter etter farlighetspotensiale kan også være en del av en skadereduksjonstilnærming. Samtidig kan det vurderes å regulere de mest skadelige produktene (forbrenningssigaretter) enda strengere og på sikt forsøke å fase dem ut. Det er i dag et opplagt paradoks at produkter som trolig er langt mindre skadelig enn sigaretter, ikke får markedsadgang, mens det fortløpende kan lanseres nye sigaretter. En skadereduksjonstilnærming kan også innebære en erkjennelse av at de mest avhengige kanskje ikke ønsker eller klarer å bli helt tobakks- eller nikotinfrie, men likevel har et ønske om å unngå den største helserisikoen. (Helsedirektoratet, 2019, s. 22)

Det vil framstå lettere å legitimere intensivert bruk av strukturelle virkemidler mot røyking dersom myndighetene samtidig tilrettela for overgang til mindre farlige produkter for rekreasjonsbruk av nikotin.

Begrensninger

Røyking har etter hvert blitt en normovertredende atferd, forbundet med stigma og selvførdømmelse (Sæbø, 2012d). Svar på spørsmål om slutteintensjoner og -atferd som stilles i en undersøkelse der Helsedirektoratet er avsender kan derfor fange opp sosial ønskevridighet

(hvordan man burde svare) (Tourangeau & Yan, 2007) og injunktive normer (hvordan man tror andre vil at man skal oppføre seg) (Hechter & Opp, 2005; Christakis & Fowler, 2008) og dermed redusere validiteten i måleinstrumentet. Hvor stor den eventuelle overrapporteringen av slutteinteresse er, vet vi imidlertid ikke. Spesielt i perioder med røykesluttkampanjer (f.eks. Stopptober) kan slike forstyrrelser være til stede. Vi brukte imidlertid kun data fra undersøkelser som ble utført *før* kampanjestart, og disse svarene vil derfor ikke være påvirket av kampanjebudskapet fra Helsedirektoratet.

Svarene kan også være forstyrret av dissonansreduksjon i den forstand at en egentlig interesse for å slutte å røyke justeres slik at svaret samsvarer med den faktiske atferd – altså røykingen (Fotuhi et al., 2013). I den grad denne type svar-rasjonalisering er virksom, vil det innebære at vårt anslag for andel røykere med slutteinteresse blir for lavt.

I våre analyser bruker vi parametrisk statistikk (gjennomsnitt, tabell A i vedlegg), noe som forutsetter at indeksen er på forholdstallsnivå. Vår indeks er imidlertid sammensatt av variabler som er på ordinalnivå. Det innebærer at vi behandler ordinalvariabler som om de var kontinuerlige. Dette er svært vanlig i samfunnsvitenskapelige analyser generelt og i holdningsforskning spesielt (Weinstein, 1999).

Utvalgsmetoden innebærer at resultatene i denne undersøkelsen ikke nødvendigvis er representative for den norske røykepopulasjonen. Etersom respondentene er trukket fra et webpanel, kan utvalget være noe preget av at folk med lav sosial status og/eller i vanskelige livssituasjoner i utgangspunktet har vært noe mindre tilgjengelige. Det finnes imidlertid landsomfattende undersøkelser utført av Statistisk sentralbyrå som gjør det mulig å studere samme fenomen. Det vil være en oppgave for framtidig forskning.

Konklusjon

Tidligere anslag for hvor stor andel av røykere som ønsker å slutte å røyke varierer med hvilken indikator som brukes og hvem som svarer. Anslagene for slutteinteresse brukes bl.a. for å legitimere intensivering av strukturelle virkemidler for å få flere til å slutte å røyke under henvisning til at slike tiltak kan representere en hjelp for røykere som røyker mot sitt eget ønske. For å unngå at anslagene gjøres utfra enkeltstående spørsmål, foreslår vi en standardisert framgangsmåte basert på multiple indikatorer for slutteinteresse. I vår artikkel lanserer vi en indeks for slutteinteresse basert på fire indikatorer; slutteønske, prediksjon av framtidig røykestatus, slutteplaner og faktiske sluttforsøk. Ved bruk av denne indeksen fant

vi at ca. 30 % rapporterte slutteinteresse, mens ca. 50 % var lite interesserte i å slutte å røyke. For sistnevnte gruppe vil intensivering av strukturelle tiltak for å øke slutteraten sannsynligvis oppleves som uønsket. I utformingen av norsk tobakkspolitikk har deres synspunkter vært lite vektlagt.

En oppgave for framtidig forskning vil være å lage en indeks basert på indikatorer for slutteinteresse i de landsrepresentative undersøkelsene som Statistisk sentralbyrå utfører på oppdrag fra Folkehelseinstituttet. Her vil det være mulig å analysere slutteinteresse i lys av bakgrunnsvariabler som ikke finnes i Stopptober-undersøkelsen, f.eks. risikopersepsjoner og røykehistorie. For myndighetene vil det være en utfordring å lage en tobakkspolitikk som i større grad også tar hensyn til røykere som ønsker å fortsette å bruke nikotin. Intensivering av strukturelle tiltak for røykeslutt vil være lettere å legitimere dersom myndighetene samtidig tilrettela for overgang til skadereduserende alternativer for (ikke-terapeutisk) rekreasjonsbruk av nikotin.

Vedlegg: Tabell A

Tabell A. Gjennomsnittsskåre på indeks for interesse for røykeslutt

	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Alle	2.25	1.423	806
Kjønn			
Kvinner	2.24	1.368	445
Menn	2.27	1.488	361
Røykestatus			
Daglig	2.28	1.331	467
Av og til	2.23	1.542	339
Region			
Oslo/Akershus	2.13	1.440	197
Øvrige Østlandet	2.28	1.483	234
Sør- og Vestlandet	2.32	1.363	222
Trøndelag og Nord-Norge	2.30	1.395	153
Aldersgruppe			
18–36 år	2.20	1.502	235
37–53 år	2.40	1.395	274
54 år +	2.16*	1.375	297

*Signifikant forskjell til aldersgruppen 37-53 år, sign 0.036.

Referanser

- An, L.C., Schillo, B.A. & Kavanaugh, A.M. (2006). Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quitline after the addition of access to free nicotine replacement therapy. *Tob Control*, 15(4), 286–293.
- Anscombe, GEM. (2000). *Intentions*. Harvard University Press (først publisert 1957). ISBN 9780674003996.
- Ausland, M., Johnsen, E.B. (2013). *Røyk: Historier fra en standhaftig kultur*. Tromsø: Margbok forlag. ISBN 978-82-93065-30-2
- Bauer, J.E., Carlin-Menter, S.M., Celestino, P.B., Hyland, A. & Cummings, K.M. (2006). Giving away free nicotine medications and a cigarette substitute (Better Quit) to promote calls to a quitline. *J Public Health Manag Pract.*, 12(1), 60–67. doi: 10.1097/00124784-200601000-00012 PMID: 16340517
- Berger, P.L. (1986). *A sociological view of the antismoking phenomenon*. I R.D. Tollison (red.), *Smoking and Society. Toward a more balanced assessment* (s. 225–240). Toronto: Lexington Books.
- Bilgrei, O. (2012). *Forsvar og motstand: Etablerte røykeres nøytraliserings- og motstandsteknikker i et tobakksfiendtlig samfunn*. I G. Sæbø (red.). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 77–100). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk makt*. Artikler i utvalg. Oslo: Pax forlag.
- Braanen Sterri, A. (2014). *Tilbake til politikken – hvordan Arbeiderpartiet igjen skal bli folkets parti*. Oslo: Kagge forlag. ISBN 9788248914372
- Brown, T., Platt, S. & Amos, A. (2014). Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend May* (138), 7–16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24674707>
- Cahill, K., Lancaster, T. & Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. Nov 10(11), CD004492. doi: 10.1002/14651858.CD004492.pub4 PMID: 21069681
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). Quitting smoking among adults—United States, 2001–2010. *MMWR*, 60(44), 1513–1519.
- Christakis, N.A. & Fowler, J.H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med.*, 358(21), 2249–2258. DOI: 10.1056/NEJMsa0706154
- Conly, S. (2012). *Against Autonomy: Justifying Coercive Paternalism*. New York: Cambridge University Press.
- Crittenden, K.S., Manfredi, C., Lacey, L., Warnecke, R. & Parsons, J. (1994). Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics. *Addictive Behaviors*, 19(5), 497–507, ISSN 0306-4603, [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90005-1)

- Cummings, K.M., Fix, B., Celestino, P., Carlin-Menter, S., O'Connor, R. & Hyland, A. (2006). Reach, efficacy, and cost-effectiveness of free nicotine medication giveaway programs. *J Public Health Manag Pract*, 12(1), 37–43. doi: 10.1097/00124784-200601000-00009 PMID: 16340514
- Cunningham, J.A., Kushnir, V., Selby, P., Tyndale, R.F., Zawertailo, L. & Leatherdale, S.T. (2016). Effect of Mailing Nicotine Patches on Tobacco Cessation Among Adult Smokers: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.*, 176(2), 184–190. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7792
- de Vries, H., Eggers, S.M. & Bolman, C. (2013). The role of action planning and plan enactment for smoking cessation. *BMC Public Health*. 13, 393 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-393>
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol.*, 59(2), 295–304. doi: 10.1037//0022-006x.59.2.295
- Elster, J. (1989). *Nuts and bolts for the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eriksen, T.H. (2006, 14. oktober). Farvel til det 20. århundre. *Dagbladet*.
- Ferguson, J.A., Patten, C.A., Schroeder, D.R., Offord, K.P., Eberman, K.M. & Hurt, R.D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav.*, 28(7), 1203–1218. doi: 10.1016/s0306-4603(02)00260-5
- Ferguson, S.G., Shiffman, S., Gitchell, J.G., Sembower, M.A. & West R. (2009). Unplanned quit attempts-results from a U.S. sample of smokers and ex-smokers. *Nicotine Tob Res.*, 11(7), 827–832. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntp072>
- Finansdepartementet (2021). Prop. 194 LS (2020–2021). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak og stortingsvedtak). *Endringer i skatte-, avgifts- og tollavgivninga m.m.* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-194-ls-20202021/id2848806/>
- Flanigan, J. (2016). Double Standards and Arguments for Tobacco Regulation. *Journal of Medical Ethics*, 42(5), 305–311. doi: 10.1136/medethics-2016-103528
- Folkehelseinstituttet (2020a). *Historisk oversikt over tobakk i Norge 1619–2019. Oversikt over endringer i lover og reguleringer knyttet til tobakk i Norge*. Tobakk i Norge. Nettrapport. <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/tobakk-i-historien/historisk-oversikt-over-tobakk-i-norge-1619-2018/>
- Folkehelseinstituttet (2020b). *Utbredelse av røyking i Norge*. Tobakk i Norge. Nettrapport. <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/utbredelse-av-royking-i-norge/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet (2020c). *Røyking og sosial ulikhet*. Tobakk i Norge. Nettrapport. <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/royking-og-sosial-ulikhet/?term=&h=1>

Folkehelseinstituttet (2020d). *Nikotinmarkedets sammensetning og endring*. Tobakk i Norge. Nettrapport. <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/nikotinmarkedets-sammensetning-og-endring/?term=&h=1>

Folkehelseinstituttet (2020e). *Røykeslutt*. Tobakk i Norge. Nettrapport. <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/roykeslutt/?term=&h=1>

Fotuhi, O., Fong, G.T., Zanna, M.P., Borland, R., Yong, H.H. & Cummings, K.M. (2013). Patterns of cognitive dissonance-reducing beliefs among smokers: a longitudinal analysis from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*, 22(1), 52–58. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050139

Freire, P. (1999). *De undertrykte pedagogikk*. Oslo: Gyldendal.

Garnett, C., Shahab, L., Raupach, T., West, R. & Brown, J. (2020). Understanding the Association Between Spontaneous Quit Attempts and Improved Smoking Cessation Success Rates: A Population Survey in England With 6-Month Follow-up. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(9), 1460–1467. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz115>

Goodin, R. (1989). The Ethics of Smoking. *Ethics*, 99(3), 574–624.

Goodin, R. (1991). Permissible Paternalism: In Defense of the Nanny State. *The Responsive Community*, 1(3), 42–51.

Goodman, J. (1994) *Tobacco in History. The Cultures of Dependence*. London – New York: Routledge. ISBN 9780415116695

Hagerman, C.J., Hoffman, R.K., Sruthi Vaylay, B.A. & Dodge, T. (2020). Implementation Intentions to Reduce Smoking: A Systematic Review of the Literature. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(7), 1085–1093. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa235>

Hechter, M. & Opp, K.D. (2005). *Social Norms*. New York, NY: Russell Sage Foundation.

Heishman, S.J., Kleykamp, B.A. & Singleton, E.G. (2010). Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance. *Psychopharmacology*, 210(4), 453–469. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1848-1>

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Prop. 90 L (2010–2011) Proposisjon til Stortinget. <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *En framtid uten tobakk*. Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader 2013–2016 (utvidet til 2018). https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/enframtiduten_tobakk_nasjonalstrategi.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014–2015)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018–2019)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

Helsedirektoratet (2019). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*. Nettrapport 19.05.2019. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf/ _attachment/inline/fdeec3bc-0b2f-4370-9ed6-4dcbcd8dbe35:4b883ef837ea70e2dfd217c287163f2d1bc0d1b3/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf/_attachment/inline/fdeec3bc-0b2f-4370-9ed6-4dcbcd8dbe35:4b883ef837ea70e2dfd217c287163f2d1bc0d1b3/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf)

Helsedirektoratet (2020a). *Tilbud om gratis legemidler og veiledning i røykeslutt*. Brosjyre. Oslo [https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/gratis-hjelp-til-roykeslutt-pilotprosjekt-vestre-viken-hf/Pilotprosjekt%20gratis%20legemidler%20og%20veiledning%20i%20r%C3%B8ykeslutt%20-%20helsepersonell.pdf/ _attachment/inline/094a0a0b-5f41-41c3-b5d6-fe0b4f63c578:feee181272e5d7f46be65f7d078d7d465dc6458d/Pilotprosjekt%20gratis%20legemidler%20og%20veiledning%20i%20r%C3%B8ykeslutt%20-%20helsepersonell.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/gratis-hjelp-til-roykeslutt-pilotprosjekt-vestre-viken-hf/Pilotprosjekt%20gratis%20legemidler%20og%20veiledning%20i%20r%C3%B8ykeslutt%20-%20helsepersonell.pdf/_attachment/inline/094a0a0b-5f41-41c3-b5d6-fe0b4f63c578:feee181272e5d7f46be65f7d078d7d465dc6458d/Pilotprosjekt%20gratis%20legemidler%20og%20veiledning%20i%20r%C3%B8ykeslutt%20-%20helsepersonell.pdf)

Helsedirektoratet (2020b). *Gratis hjelp til røykeslutt – pilotprosjekt i opptaksområdet til Vestre Viken helseforetak*. Nettside. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/gratis-hjelp-til-roykeslutt-pilotprosjekt-vestre-viken-hf>

Helsedirektoratet (2020c) Stopptober. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/kampanjer-og-informasjonsmaterieell#stopptober>

Hens, G. (2017). *Nicotine: A Love Story Up in Smoke*. Other Pres. ISBN-10: 1590517938

Hill, S., Amos, A., Clifford D. & Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control.*, Nov;23(e2), 89–97. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051110

Hyland, A., Borland, R., Li, Q., Yong, H.H., McNeill, A., Fong, G.T., O'Connor, R.J. & Cummings, K.M. (2006). Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.*, Suppl 3, iii83–94. doi: 10.1136/tc.2005.013516

IARC (2008). *Methods for Evaluating Tobacco Control Policies*. Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vo 1. 12: International Institute for Research on Cancer, Lyon, France

Joossens, L., Feliu, A. & Fernandez, E. (2020). *The Tobacco Control Scale 2019 in Europe*. Brussels: Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology. Hentet fra: <http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2019.pdf>

Kasemets, K. (2018). Re-habituating the lawscape of smoking. *Emotion, Space and Society*, 29, 55–61. DOI: **10.1016/j.emospa.2018.09.002**

Klein, R. (1995). *Cigarettes are sublime*. Durham, North Carolina: Duke University Book Press.

- Kotz, D., Brown, J. & West, R. (2013). Predictive validity of the Motivation To Stop Scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1–2), 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.012>
- Kurcer, M.A., Erdogan, Z. & Ozkan, Z. (2020). A scale development study: The readiness to smoking cessation scale. *Ann Med Res.*, 27(9), 2391–52391. DOI: 10.5455/annalsmedres.2020.02.178
- Kvaavik, E., Scheffels, J. & Lund, M. (2014). Av og til røyking i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen.*, 134: 163–167. doi: 10.4045/tidsskr.13.0158
- Kvaavik, E., von Soest, T. & Pedersen, W. (2014). Nondaily smoking: a population-based, longitudinal study of stability and predictors. *BMC Public Health*, 14(123). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-123>
- Larabie, L.C. (2005). To what extent do smokers plan quit attempts? *Tobacco Control*, 14, 425–428.
- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick, D. & Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness. *JAMA*, 284(20), 2606–2610.
- Lipkus, I. & Shepperd, J. (2009). College smokers' estimates of their probabilities of remaining a smoker in the near future. *J Health Psychol.*, 14(4), 547–555. doi: 10.1177/1359105309103574
- Littell, J.H. & Girvin, H. (2002). Stages of Change: A Critique. *Behavior Modification*, 26(2), 223–273. doi: [10.1177/0145445502026002006](https://doi.org/10.1177/0145445502026002006)
- Loewenstein, G. (1999). A visceral account of addiction. I J. Elster & O.J. Skog (red.), *Getting Hooked: Rationality and Addiction* (s. 235–264). Cambridge: Cambridge University Press. ISBN: 9780521640084
- LOV-2020-05-20-42. *Lov om vern mot tobakkskader § 1.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1973-03-09-14>
- Lund, K.E. & Lund, M. (2005). Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 125(5), 560–563. <https://tidsskriftet.no/2005/03/originalartikkel/royking-og-sosial-ulikhet-i-norge>
- Lund, K.E. (2008). *Røyking – kulturfenomen og risikofaktor*. I Ø. Larsen, A. Alvik, K. Hagestad & M. Nylenna (red.), *Samfunnsmedisin* (s. 272–281). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lund, K.E. (2012). Røykernes motstand mot nye tobakksforbyggende tiltak. I G. Sæbø (red.). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» *Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 37–50). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>
- Lund, K.E. (2017). *Vurdering av skadereduksjon som strategisk element i tobakkarbeidet*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Lund, K.E. & Vedøy, T.F. (2019). Relative Risk Perceptions between Snus and Cigarettes in a Snus-Prevalent Society - An Observational Study over a 16 Year Period. *Int J Environ Res Public Health.*, 16(5), 879. doi: 10.3390/ijerph16050879

- Lund, M., Lund, K.E. & Kvaavik, E. (2011). Hardcore Smokers in Norway 1996–2009. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(11), 1132–1139. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr166>
- Lund, M. (2016). Exploring smokers' opposition to proposed tobacco control strategies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33(4), 321–334. doi: [10.1515/nsad-2016-0027](https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0027)
- Lundborg, P. & Lindgren, B. (2004). Do They Know What They are Doing? Risk Perceptions and Smoking Behaviour Among Swedish Teenagers. *The Journal of Risk and Uncertainty*, 28, 261–286. <https://doi.org/10.1023/B:RISK.0000026098.84109.62>
- McCracken, G. (1992). "Got a smoke?". *A cultural account of tobacco in the lives of contemporary teens*. Research Report for the Ontario Ministry of Health Tobacco Strategy. Toronto: Ontario Ministry of Health.
- McWilliams, L., Bellhouse, S., Yorke, J., Lloyd, K. & Armitage, C.J. (2019). Beyond "planning": A meta-analysis of implementation intentions to support smoking cessation. *Health Psychology*, 38(12), 1059–1068. <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fhea0000768>
- Nord, E. (2004). *Kruttrøyk og fredspipe. Epistler fra røykekrigens innside*. Oslo: Grieg bok.
- Onchonga, D., Khatatbeh, H., Thurani, M., Lennox K. & Venkatesh, M.B.R. (2020). Assessing the usability of a Willingness to Quit smoking questionnaire in a sample of active tobacco smokers: A qualitative study. *Journal of Addictive Diseases*, 39(1), 3–10. DOI: [10.1080/10550887.2020.1800891](https://doi.org/10.1080/10550887.2020.1800891)
- Pechacek, T.F., Nayak, P., Slovic, P., Weaver, S.R., Huang, J. & Eriksen, M.P. (2018). Reassessing the importance of 'lost pleasure' associated with smoking cessation: implications for social welfare and policy. *Tobacco Control*, 27, e143–e151.
- Pedersen, W. (2008). Sigaretter: sublimt sug, stille død. *Samtiden*, 117(4), 101–113. <https://doi.org/10.18261/ISSN1890-0690-2008-04-10>
- Pedersen W. (2009). Røyking og nikotinhengighet. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 129, 16281630. doi: 10.4045/tidsskr.09.34699
- Pedersen, W. (2011). Røyking – sterkere kontroll, sterkere marginalitet. *Tidsskriftet forebygging.no*. <http://www.forebygging.no/Kronikker/2012-2011/Royking--sterkere-kontroll-sterkere-marginalitet/>
- Pedersen W. (2015). *Bittersøtt. Nye perspektiv på rus og rusmidler*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Poland, B., Frohlich, K., Haines, R. J., Mykhalovskiy, E., Rock, M. & Sparks, R. (2006). The social context of smoking: the next frontier in tobacco control?. *Tobacco control*, 15(1), 59–63. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.009886>
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., Gimpil, S. & Norcross, J.C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10(4), 395–406. doi: 10.1016/0306-4603(85)90036-x

- Røgeberg, O. (2007). *Teorivedlegg – særavgifter, reguleringer og usunt konsum*. I NOU 2007: 8. En vurdering av særavgiftene. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Finansdepartementet.
- Røgeberg, O. (2012). *Hva er riktig særavgiftsnivå på tobakk*. Notat til Sosial- og omsorgsdepartementet.
- Scheffels, J. & Lund, K.E. (2005). Occasional smoking in adolescence: Constructing an identity of control. *Journal of Youth Studies*, 8(4), 445–460.
- Scheffels, J. & Sæbø, G. (2012). 'De andres blikk': røykeres opplevelse av denormalisering av tobakksbruk. I G. Sæbø (red.). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 101–124). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>
- Scheffels, J. & Tokle, R. (2017). 'Addicted to being cool': occasional smoking in a western context of tobacco denormalization. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 368–374. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1285913>
- Scheffels, J. (2008). *Stilig eller stigma? En sosiologisk studie om ungdom, røyking og identitet*. [Doktorgradsavhandling i sosiologi] Universitetet i Oslo.
- Schioldborg, P. & Skavlan, J. (2003). *Slik slutter du å røyke*. Oslo: Kagge forlag.
- Smedslund, G. (1997). Some Psychological Theories are not Empirical: A Conceptual Analysis of the 'Stages of Change' Model. *Theory & Psychology*, 7(4), 529–544. doi: 10.1177/0959354397074005
- Smit, E.S., Fidler, J.A. & West, R. (2011). The role of desire, duty and intention in predicting attempts to quit smoking. *Addiction*, 106(4), 844–851. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03317.x>
- Smith, C.E., Hill, S.E. & Amos, A. (2020). Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research directions. *Tobacco Control*, Published Online First: 29 September 2020. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-055874
- Snowdon, C. (2009). *Velvet glove, iron fist. A history of anti-smoking*. London: Little Dice.
- Stortinget (2021). Regjeringens forslag til revidert nasjonalbudsjett. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Statsbudsjettet/statsbudsjettet-2021/>
- Sæbø, G. (2012a). *Tobakksbrukernes syn på seg selv og hverandre*. I G. Sæbø (red.). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 125–148). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>
- Sæbø, G. (2012b). Innledning: Hvorfor et sosiologisk brukerperspektiv i tobakksforskningen? I G. Sæbø (red.). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 11–34). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>

- Sæbø, G. (2012c). *The Regulation of Smoking and Smokers in Norway 1964–2010*. I M. Hellman, G. Roos & J. von Wright (red.), *A Welfare Policy Patchwork. Negotiating the Public Good in Times of Transition* (s. 21–41). Helsingfors: Nordic Centre for Welfare and Social Issues (NVC).
- Sæbø, G. (2012d). *Avslutning: Stigmatisering av røyking og røykere?* I G. Sæbø (red.), «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» *Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 149–159). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>
- Sæbø, G. (2017). Cigarettes, snus and status: differences in lifestyle of different tobacco user groups in Norway. *Health Sociology Review*, 26(2), 175–189, DOI: [10.1080/14461242.2016.1197043](https://doi.org/10.1080/14461242.2016.1197043)
- Sæbø, G. & Lund, M. (2020). Are smoking cessation behaviours among daily smokers associated with a perceived public stigma of smokers? Cross-sectional analyses of Norwegian data 2011–2013. *Journal of Smoking Cessation*, 15(4), 189–197. doi: 10.1017/jsc.2020.25
- Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. New Haven: Yale University Press.
- Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M. & Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tob Control*, 17(4), 230–237. doi: 10.1136/tc.2007.023911
- Tinkelman, D., Wilson, S.M., Willett, J. & Sweeney, C.T. (2007). Offering free NRT through a tobacco quitline: impact on utilisation and quit rates. *Tob Control*, 16(Suppl 1), i42-i46. doi: 10.1136/tc.2007.019919
- Tokle, R.I. (2012). *Av-og-til-røyking – en dobbeltdistinksjon? Avstand fra både dagligrøykere og 'streite' ikke-røykere*. I G. Sæbø (red.), «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» *Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*. SIRUS-rapport 3/2012 (s. 51–75). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://core.ac.uk/download/pdf/52113277.pdf>
- Tourangeau, R. & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- Treur, J.L., Boomsma, D.I., Lubke, G.H., Bartels, M. & Vink, J.M. (2014). The predictive value of smoking expectancy and the heritability of its accuracy. *Nicotine Tob Res.*, 16(3), 359–368. doi:10.1093/ntr/ntt155
- U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *Healthy people 2020*. Washington, DC, USA: U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.healthypeople.gov/2020> [Google Scholar]
- Vedøy, T.F. (2014). Tracing the cigarette epidemic: An age-period-cohort study of education, gender and smoking using a pseudo-panel approach. *Social Science Research*, 48, 35–47. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.05.005>

- Vedøy, T.F. (2015). *Hvor mange begynner og hvor mange slutter med tobakk hvert år? Estimater fra tverrsnittundersøkelser 2005–2014*. SIRUS-rapport nr. 5/2015. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Voigt, K. (2010). “Smoking and Social Justice.” *Public Health Ethics*, 3(2), 91–106. doi:10.1093/phe/phq006
- Voigt, K. (2019). Tobacco as a Matter of Public Health: Ethical Issues. I A.C. Mastroianni, J.P Kahn & N.E. Kass *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*. Oxford Handbooks Online. <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190245191.001.0001/oxfordhb-9780190245191-e-43>
- Weinstein, N.D. (1999). What does it mean to understand a risk? Evaluating risk comprehension. *JNCI Monogr.*, 25,15–20. doi: 10.1093/oxfordjournals.jncimonographs.a024192
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100(8), 1036–1039. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x
- West, R. (2008). Finding better ways of motivating and assisting smokers to stop: Research at the CRUK Health Behaviour Research Centre. *The European Health Psychologist*, 10, 54–58.
- West, R. & Sohal, T. (2006). “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ.*, 332(7539), 458–460.
- Wilson, J. (2011). “Why It’s Time to Stop Worrying about Paternalism in Health Policy.” *Public Health Ethics*, 4(3), 269–279. <https://doi.org/10.1093/phe/phr028>
- Wilson, N. & Thomson, G. (2005). Tobacco taxation and public health: ethical problems, policy responses. *Social Science & Medicine*, 61(3), 649–659. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.070>
- Aarø, L.E., Lund, K.E., Vedøy, T.F. & Øverland, S. (2009). *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007*. SIRUS-rapport 3/2009. Statens institutt for rusmiddelforskning/Hemil-senteret. ISBN 978–82–7171–320–1.