

Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Folkhälsovetenskap

Mona Sundh

Har förbudet att sälja tobak till minderåriga påverkat ungdomars möjligheter att köpa tobak?

En studie av lagen om 18-årsgräns från 1997

Mona Sundh

Har förbudet att sälja tobak till minderåriga påverkat ungdomars möjligheter att köpa tobak?

En studie av lagen om 18-årsgräns från 1997

Mona Sundh. *Har förbudet att sälja tobak till minderåriga påverkat ungdomars möjligheter att köpa tobak? En studie av lagen om 18-årsgräns från 1997*

Doktorsavhandling

Karlstad University Studies 2006:29

ISSN 1403-8099

ISBN91-7063-060-7

© Författaren

Distribution:

Karlstads universitet

Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper

Folkhälsovetenskap

651 88 KARLSTAD

SVERIGE

054-700 10 00

www.kau.se

Tryck: Universitetstryckeriet, Karlstad 2006

Abstract

Smoking habits in adolescence have a strong impact on smoking habits in adulthood. Nine of ten adult smokers started smoking before the age of eighteen. Thus, efforts to prevent the use of tobacco among minors are of great interest. In 1997 a minimum-age law of 18 years for purchase of tobacco was introduced in Sweden. The purpose of the age limit was to reduce the availability of tobacco to young people and hence ultimately to reduce the consumption of tobacco.

The overall purpose of the work reported in the present thesis was:

- to study whether the Swedish minimum-age law for the purchase of tobacco has affected young people's possibilities of buying tobacco
- to study how compliance with the minimum-age law for the purchase of tobacco can be improved
- to develop methods for following compliance with the minimum-age law for the purchase of tobacco.

The empirical basis for the work was three different types of data:

1. Test purchases of tobacco in 1996, 1999, 2002 and 2005 in Värmland, Västernorrland and Malmö. In total there were forty-eight test purchasers that made 3,150 test purchases.
2. Questionnaire surveys on tobacco habits and attitudes that were carried out in 1996, 2000 and 2005 among students in grades 7 and 9 of the compulsory school and in 1996 and 2000 in grade 2 of the upper-secondary school. All data was collected in the same three regions as the test purchase studies. The questionnaire was completed by a total of about 57,000 students.
3. Structured telephone interviews in 2005 with 28 key people in tobacco prevention work in the three regions.

In conclusion, the thesis shows that:

- the minimum-age law introduced in 1997 for the purchase of tobacco products has limited adolescents' opportunities for purchasing tobacco. Compliance with the minimum-age law is, however, still incomplete
- the most important factor in whether test purchasers were able to buy tobacco was whether there was an age control (as the law prescribes)
- compliance with the minimum-age law differs among the three regions studied. It is reasonable to assume that the regional differences can be related partly to regional differences in the effectiveness of the measures taken to ensure compliance with the law
- the proportion of daily smokers among students in grade 9 in the compulsory school declined from 1996 to 2005 in Värmland and Västernorrland but there was no change in Malmö
- the method used for test purchase of tobacco and further developed and adapted for Swedish conditions, functioned well for following compliance with the law.

Avhandlingens delstudier

Denna avhandling baseras på följande delstudier:

- I. Sundh, M., & Hagquist, C. (2004). The importance of a minimum age law for the possibility of purchase of tobacco by adolescents: a study based on Swedish experiences. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(1), 68-74.
- II. Sundh, M., & Hagquist, C. (2005). Effects of a minimum-age tobacco law – Swedish experience. *Drugs: education, prevention and policy*, 12(6), 501-510.
- III. Sundh, M., & Hagquist, C. (2006). Compliance with a minimum-age law of 18 for the purchase of tobacco – the case of Sweden. *Health Education Research. Theory & Practice*, 21(3), 375-385.
- IV. Sundh, M., & Hagquist, C. Does a minimum-age law for purchasing tobacco make any difference? – Swedish experiences over eight years. Accepterad för publicering i *European Journal of Public Health*.
- V. Hagquist, C., Sundh, M., & Eriksson, C. Smoking habits before and after the introduction of a minimum-age law for tobacco purchase – analysis of data on adolescents from three regions of Sweden (submitted).

Publicerade artiklar har återgivits med tillstånd från respektive tidsskrift.

Innehållsförteckning

Avhandlingens delstudier	3
Introduktion	7
Bakgrund.....	7
Tobaksbrukets historia och omfattning.....	10
Användandet av tobak – hur det började.....	10
Tobakens väg till Sverige	11
Tobaksindustrin	12
Tobaksbruket ur ett internationellt perspektiv	13
Tobaksbruket ur ett svenskt perspektiv	15
Tobaksbruket fördelat efter kön	17
Tobaksvanor bland ungdomar	18
Tobaksvanor och socioekonomisk grupp	19
Tobakens hälsomässiga konsekvenser	21
Rökning och ohälsa	21
Den tidiga forskningen om rökningens hälsomässiga konsekvenser.....	21
Sjukdomar orsakade av rökning.....	22
Passiv rökning och ohälsa	24
Snus och ohälsa.....	24
Det svenska snuset.....	25
Sjukdomar orsakade av snus.....	25
Nikotinberoende.....	27
Ungdomars nikotinberoende.....	28
Rökningens samhällsekonomiska konsekvenser.....	30
Vad kostar rökningen?	30
Rökningens ekonomiska konsekvenser i u-länderna	31
Tobak som handelsvara inom EU.....	31
Tobakspreventivt arbete och folkhälsopolitik.....	33
Tobakspreventivt arbete i Sverige	36
Lagstiftning/prispolitik.....	38
Ramkonvention om tobak	38
Den svenska tobakslagen	39
Höjning av priset på tobaksprodukter.....	43
Opinionsbildning/kunskapsspridning	44
Tobaksavvänjning.....	45
Information/utbildning	46
Förändringar av tobaksprodukter.....	47

Nationella aktörer i det tobakspreventiva arbetet	48
Internationella aktörer i det tobakspreventiva arbetet.....	49
Ungdomars tobaksbruk – en modell.....	52
Attityder till tobak/vuxnas tobaksvanor	52
Tillgång/tillgänglighet av tobak.....	53
Icke-kommersiella vägar för ungdomar att få tillgång till tobak	54
Hur kan efterlevnaden av åldersgränser förbättras?.....	55
Påverkar åldersgränsen ungdomars tobaksvanor?	55
Avhandlingens syfte metod och resultat.....	57
Avhandlingens syfte	57
Avhandlingens delsyften	57
Artiklarnas syfte, metoder och resultat	59
Artikel I.....	59
Metod.....	59
Resultat	61
Artikel II.....	61
Metod.....	61
Resultat	62
Artikel III	63
Metod.....	63
Resultat	64
Artikel IV	64
Metod.....	65
Resultat	66
Artikel V.....	66
Metod.....	66
Resultat	67
Diskussion.....	68
Har 18-årsgränsen medfört en minskad försäljning av tobak till ungdomar?	68
Har 18-årsgränsen medfört en minskad tillgänglighet till tobak för ungdomar?	69
Har 18-årsgränsen påverkat ungdomars tobaksvanor?.....	70
Hur kan tillämpningen av 18-årsgränsen förbättras?.....	71
Hur kan uppföljningen av 18-årsgränsen förbättras?	73
Provinköp som metod	74
Forskningsetiska överväganden	76
Summary.....	79

Tack	86
Referenser	88

Artikel I-V

Introduktion

I denna s.k. kappa ges en bakgrund till avhandlingen och en introduktion till avhandlingens forskningsfält, nämligen 18-årsgränsen för inköp av tobak och dess betydelse för ungdomars möjlighet att köpa eller på annat sätt införskaffa tobak samt ungdomars attityder till 18-årsgränsen. De fem delarbeten som ingår i avhandlingen berör denna lagstiftnings inverkan på ungdomars tillgång till tobak. I det sista delarbetet förs också ett försiktigt resonemang huruvida 18-årsgränsen haft någon inverkan på ungdomars rökvanor.

Efter detta inledande kapitel ges i separata kapitel översikter av tobaksbrukets historia och omfattning, dess hälsomässiga och samhällsekonomiska konsekvenser samt tobakspreventivt arbete och folkhälsopolitik. Ungdomars tobaksbruk ägnas ett särskilt kapitel. Avhandlingens syfte, metoder och resultat redovisas därefter. Därpå följer en diskussion om 18-årsgränsens inverkan på tillgängligheten till tobak och ungdomars tobaksvanor. Dessutom diskuteras hur tillämpningen och uppföljningen av 18-årsgränsen kan förbättras. De forskningsetiska övervägandena avslutar avhandlingens kappa.

Bakgrund

I Sverige väckte Socialstyrelsen genom ett förslag till nationellt program intresset för en åldersgräns för tobaksinköp första gången 1973 (Socialstyrelsen, 1973). I skrivelsen fanns förslag på 16 olika insatser för att minska tobaksbruket. Ett av förslagen var nämnda förbud mot tobaksförsäljning till ungdomar under 16 år. Förslaget om en åldersgräns förverkligades dock inte.

Under slutet av 1980-talet tillsattes en statlig utredning med uppdraget att studera vilka åtgärder som kunde tänkas leda till minskat tobaksbruk. Enligt de direktiv som gavs riktades intresset främst mot förbud mot tobaksreklam och rökning i gemensamma miljöer men dessutom uppmanades utredaren att lämna förslag på ytterligare åtgärder som kunde tänkas krävas för att minska tobaksbruket. I utredningens slutbetänkande som publicerades 1990 (SOU 1990:29) ingick ett förslag om att instifta en lag med ett förbud för försäljning av tobaksprodukter till ungdomar under 18 år. Inte heller den här gången medförde förslaget att en åldersgräns infördes. De skäl som angavs av regering och riksdag var att de ansåg att efterlevnaden av åldersgränsen skulle vara svår att kontrollera. De befarade också att åldersgränsen skulle kunna "locka" ungdomar att försöka köpa tobak och därmed kanske börja använda tobak eftersom ungdomar som trots åldersgränsen ändå lyckades köpa tobak skulle kunna tänkas få en viss "status" bland kamrater då de bevisligen såg vuxna ut. Den svenska tobaksbranschföreningen m.fl. var förespråkare för en frivillig åldersgräns vid försäljning av tobak. En studie av hur en frivillig åldersgräns fungerar på försäljningsställen har gjorts av Stjerna m.fl. (1997). I den studien observerades att Svenska Tobaks Aktiebolaget och Svenska

Tobaksbranschsföreningen hade formulerat en skylttext med information om den frivilliga åldersgräns som några affärer införde 1996. Texten på skylten löd enligt följande: ”Tobak är en vuxenvara. Därför säljer vi inte tobak till ungdomar under 18 år.” Stjerna m.fl. menar att det är notabelt att samma skylt ger två budskap; dels att det finns en åldersgräns och dels att det acceptabelt att vuxna använder tobak.

I januari 1995 fick dåvarande Folkhälsoinstitutet regeringens uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen utreda vilka hälsomässiga konsekvenser införandet av en åldersgräns för inköp av tobak kunde tänkas få. I svaret på uppdraget (Folkhälsoinstitutets tobaksprogram, 1995) står att läsa att införandet av en åldersgräns skulle kunna vara av stort hälsomässigt värde. Enligt beräkningar från Folkhälsoinstitutet skulle införandet av en 18-årsgräns för inköp av tobak kunna innebära att andelen rökdebuter minskades med fem procent. Detta i sin tur skulle kunna innebära att 298 tidiga dödsfall eller 3 874 vunna levnadsår årligen beroende av rökning skulle kunna undvikas. Kostnaderna för de förlorade levnadsåren beräknade Folkhälsoinstitutet till cirka 54 miljoner kronor per år. I Folkhälsoinstitutets tobaksprogram (1995) står också att läsa att åtgärder som för med sig att ett färre antal ungdomar börjar experimentera med tobak före 18 års ålder medför att färre ungdomar blir rökare då nio av tio rökare har börjat röka före 18 års ålder. Regeringen la fram ett förslag i vilket det ingick att en åldersgräns skulle införas. Riksdagen beslutade i enlighet med förslaget och Sverige fick en lag som innebar ett förbud för att sälja eller på annat sätt lämna ut tobak till ungdomar under 18 år (SFS 1993:581, paragraf 12). Lagen började gälla från den 1 januari 1997.

Avsikterna med lagen var flera men främst ville man minska tillgängligheten av tobak för ungdomar. Dessutom såg regeringen i lagen ett symbolvärde som uttryck för samhällets inställning till ungdomars tobaksanvändande. Införandet av lagen skulle också ses som ett försök att förändra attityderna i samhället till tobaksbruk och verka som ett stöd för vuxna i deras kamp med att minska tobaksbruket bland de unga. Ytterligare en fördel ansåg man vara, att Sverige genom att besluta om att införa en åldersgräns närmade sig den lagstiftning som fanns i våra grannländer, Norge och Finland.

Arbetet med vad som så småningom, för min del, kom att leda fram till denna avhandling tog sin början år 1996. Forskare vid Centrum för folkhälsoforskning, vid dåvarande Högskolan i Karlstad inlämnade då tillsammans med forskare vid Tammerfors universitet, Finland ett anbud på en studie av effekter av införandet av åldersgräns för inköp av tobak till dåvarande Folkhälsoinstitutet (numera Statens folkhälsoinstitut). Forskargruppen i Karlstad var en av två forskargrupper som fick medel. Den del av utvärderingen av tobakslagstiftningen som har genomförts vid Karlstads universitet omfattar i huvudsak två delar:

- enkätstudier bland samtliga elever i årskurs 7 och 9 i grundskolan samt årskurs 2 i gymnasiet i tre regioner av Sverige: Malmö stad, Värmlands

län och Västernorrlands län. Syftet med enkätstudierna som genomfördes 1996, 2000 samt 2005 (enbart årskurs 7 och 9) var att kartlägga tobaksbrukets omfattning, inköpsmönster och attityder till 18-årsgränsen för tobaksinköp

- provinköpsstudier i Malmö stad, Värmlands län och Västernorrlands län. Syftet med provinköpen var att följa efterlevnaden av 18-årsgränsen för inköp av tobak samt att vidareutveckla en metod för provinköp av tobak. Provinköpen genomfördes 1996, 1999, 2002 samt 2005. Vid planering av och genomförande av samtliga provinköpsstudier har jag själv varit med som koordinator.

Utvärderingen av åldersgränsen har avrapporterats i ett flertal forsknings och utredningsrapporter (Sundh et al., 1997; Hagquist et al., 1998; Sundh et al., 2001; Sundh et al., 2003; Hagquist et al., 2004).

Tobaksbrukets historia och omfattning

I det följande kapitlet kommer historien bakom användandet av tobak att redovisas. Vidare ges en mycket kort presentation av den svenska tobaksindustrin.

Användandet av tobak – hur det började

Tobaksbruket har en mycket lång historia. Beskrivningar finns av att människor, långt före vår tideräkning, använde tobak i samband med religiösa ceremonier samt för medicinskt bruk. Av historien framgår också att indianerna plockade tobaksplantor som troligen växte vilt i Amerika. De torkade tobaksbladen, smulade sönder dem och rökte tobaken vid olika former av ceremonier. Det är också från indianerna som den första beskrivningen av en primitiv pipa återfinns (Magnusson & Nordgren, 1994; Pellmer & Wramner, 1997). Användandet av tobak var under den här tiden begränsad till de amerikanska kontinenterna samt till Östasien och Persien (Nordlund, 2005).

Till Europa kom tobaken långt senare när Columbus och hans sjöfolk i slutet av 1400-talet förde med sig tobak hem från sina resor. Från 1500-talets andra hälft och mindre än ett århundrade därefter spreds användandet av tobak snabbt över såväl hela den europeiska kontinenten som andra delar av världen. Tobaken röktes främst i pipa, alternativt snusades genom ett torrt snus som drogs in genom näsan (Pellmer & Wramner, 1997).

Det finns beskrivningar av att de amerikanska indianerna redan för flera tusen år sedan rullade in tobak i olika material för att sedan röka det som en typ av cigarrer (Magnusson & Nordgren, 1994; Pellmer & Wramner, 1997). Riktigt när och var det vi kallar för cigaretter började användas tycks vara delvis okänt (Nordlund, 2005). Källor gör dock gällande att det var från Spanien som idén med att röka tobak som rullats in i papper kommer (Magnusson & Nordgren, 1994) då fattiga invånare samlade ihop rökverk som kastats bort. De skulle sedan ha smulat sönder tobaken och rullat in den i papper och sedan rökt den (Tobaksfakta.org, uppgifter hämtade 2006-03-07).

En första cigarettfabrik anlades i Frankrike år 1824 och från mitten av 1800-talet fick användandet av cigaretter alltmer spridning över Europa. I slutet av 1800-talet blev det möjligt att börja massproducera cigaretter med hjälp av maskiner. Den första cigarettmaskinen uppfanns i USA år 1870 (Magnusson & Nordgren, 1994). Efter det spreds användandet av cigaretter snabbt över Europa.

Tobakens väg till Sverige

Till Sverige kom troligen bruket av tobak genom att hemvändande soldater från det 30-åriga kriget (1618-1648) förde med sig användandet av tobak. Bland de första skriftliga noteringarna som finns om tobak i Sverige är ett protokoll vid Uppsala universitet år 1629. Enligt texten förekom tobaksrökning bland studenterna (Pellmer & Wramner, 1997). Den första svenska skriften om tobak är, enligt Pellmer och Wramner, en doktorsavhandling ”Tobaken som universalläkemedel” från Uppsala universitet. Avhandlingen är skriven av Johannes Franck år 1633. I avhandlingen beskrivs flera medicinska användningsområden för tobak som t.ex. att tobak kunde användas för att stoppa blodflöden och läka sår samt hjälpa mot giftiga bett av djur eller smärtor orsakade av gikt. Även Carl von Linné har, enligt Pellmer och Wramner, skrivit om tobaksplantan som en medicinalväxt men också som ett njutningsmedel.

Från slutet av 1600-talet och ungefär 100 år framåt var användandet av tobak i Sverige främst en vana bland människor vid hovet och i högadliga kretsar. Både män och kvinnor i dessa kretsar använde tobak, män rökte tobak i pipor och kvinnor snusade tobak genom näsan. År 1724 kom ett kungligt påbud att alla gårdar skulle odla tobak på en del av jorden för att på så sätt minska importen. Under perioden 1720-1770 var den svenska tobaksodlingen och hur den skulle kunna stimuleras en punkt som återkom med jämna mellanrum i riksdagens arbete. Runt mitten av 1700-talet odlades tobak i stort sett runt nästan samtliga dåvarande svenska städer (Svensson, 1965). Tobak odlades därefter i Sverige ända till år 1964 då den sista tobaksodlingen, som fanns i Skåne, lades ner (Svensson, 1965). Det svenska Tobaksmonopolets uppgång och fall skildras i Svenska tobaksbolagets jubileumsskrift (Svenska Tobaksbolaget Aktiebolaget, 1965). Det svenska tobaksbolagets historik kan beskrivas i följande faser: från den slingrande vägen till ett monopol (1901-1914), koncentration genom tillverkningsmonopol (1915-1929), på väg mot den fullständiga monopoliseringen (1930-1942), den totala regleringens period (1943-1956) och mot en marknadsföring i fri konkurrens (1957-1965).

I slutet av 1700-talet började bruket av tobak även sprida sig till borgarklassen i de större städerna. Tobaken började då också säljas i marknadsstånd. Från mitten av 1800-talet och framåt fick bruket av tobak en spridning ut i landet bland större delar av befolkningen genom att människor som arbetade med att bygga järnvägar förde den med sig. Användandet av den sortens snus som drogs in genom näsan blev mindre populärt under 1800-talet och i Sverige uppfanns då istället det blöta snus som vi har i dag, d.v.s. det som läggs in under läppen (Nordlund, 2005).

Cigaretterna kom till Sverige från Finland som i sin tur hade influerats av cigarettrökande invånare i Ryssland. Användandet av cigaretter fick dock inte någon större spridning i Sverige förrän i slutet av 1800-talet. År 1904 startades den första svenska fabriken i Gävle där cigaretter framställdes med hjälp av en

maskin (Magnusson & Nordgren, 1994). Trots detta var det emellertid inte förrän efter andra världskriget som försäljningen av cigaretter på allvar ökade i vårt land. Under 1950- och 1960-talen började tobaksbolagen marknadsföra cigaretter som en produkt även för kvinnor. I marknadsföringen framställdes cigaretter som en symbol för kvinnlig frigörelse och för jämställdhet. Detta, tillsammans med att även män i allt högre grad gick över till cigaretter, gjorde att cigaretterna med tiden blev den största tobaksprodukten på marknaden (Magnusson & Nordgren, 1994; Pellmer & Wramner, 1997).

Tobaksindustrin

År 1915 bildades AB Svenska Tobaksmonopolet. Bildandet skedde i samband med att all svensk tobaksindustri förstatligades. Skälet till att förstatliga tobaksindustrin var att staten såg en möjlighet att öka skatteintäkterna (Nordlund, 2005). Från starten omfattades inte import och detaljhandel av monopolet men från och med 1943 infördes också ett importmonopol.

I och med att tobaksmarknaden genom monopolet var så reglerad och eftersom Sverige är ett förhållandevis litet land med en begränsad marknad förekom till en början en mycket sparsam marknadsföring av tobaksprodukter. Detta medförde att fram till mitten av 1900-talet var tobaksreklam ovanligt (Nordlund, 2005).

Från mitten av 1900-talet började monopolet alltmer anses som ineffektivt och därför beslutade riksdagen så småningom om en avreglering. År 1961 upphävdes statens monopol av tobaksmarknaden genom att importmonopolet, riktprissystemet och reglering av handeln med tobaksvaror togs bort (Nordlund, 2005). Syftet med avregleringen var att tobaksmarknaden skulle utsättas för konkurrens vilket på sikt skulle öka efterfrågan och därmed också skatteinkomsterna. I samband med avregleringen bytte AB Svenska Tobaksmonopolet namn till Svenska Tobaks Aktiebolaget.

Det var också vid tiden strax före monopolets upphävande som rökningens skadeverkningar började uppmärksammas. Till att börja med intog Svenska Tobaksmonopolet en ansvarfull hållning vilket bland annat visade sig genom att de 1960 gav ut informationsmaterial i vilket det informerades om att tobaksrök innehåller cancerframkallande ämnen. Vidare gav de ut ett diskussionsmaterial om rökning bland ungdomar som riktade sig till föräldrar. Svenska Tobaksmonopolet gav också pengar till forskning samt inrättade ett medicinskt expertråd år 1957 (Hjern, 1965).

Efter avregleringen började Svenska Tobaks Aktiebolagets hållning utåt angående rökningens hälsorisker alltmer likna den hållning som t.ex. de amerikanska tobaksbolagen antog. Detta innebar försök till spridning av desinformation om rökningens hälsorisker och de förmedlade, på olika sätt,

ifrågasättande av den forskning som publicerades om hälsorisker orsakade av rökning och då speciellt av de resultat som påvisade riskerna med passiv rökning (Nordlund, 2005). Ett exempel på detta är att Svenska Tobaks Aktiebolaget i en skrift från 1965 beskriver rökningens skadeverkningar som ett utforskat område och utelämnar resultat från de vetenskapliga studier som hade publicerats och i vilka bl.a. forskare hade visat på den ökade risken för lungcancer bland rökare. Även i Svenska Tobaks Aktiebolagets personaltidning publicerades artiklar där rökning beskrevs som en tämligen ofarlig njutning (Löwenberg, 1992). Ännu ett område där tobaksbranschen i Sverige agerat för att främja egna intressen är frågan om förbud mot tobaksreklam (Löwenberg, 1992). Frågan väcktes första gången i Nordiska rådet 1971 men det dröjde ända tills 1994 innan ett reklamförbud infördes. Att det tog så lång tid kan enligt Nordlund (2005), förklaras av att tobaksbranschen lyckades påverka de styrande till att tobaksbolagen m.fl. skulle få ta sitt ansvar genom frivilliga åtaganden.

År 1992 omvandlades Svenska Tobaks Aktiebolaget till Swedish Match, ett företag som idag är globalt verksamt med en nettoomsättning om drygt 13 miljarder svenska kronor. Företaget har tillverkning av tobaksprodukter i 12 länder och antalet anställda uppgick under 2005 till cirka 14 300 (Swedishmatch.se, 2006). Swedish Match satsar mycket av sin produktion på snus och cigarrer och är, sett till försäljningen, världens näst största aktör på marknaden för maskingjorda cigarrer. I Sverige finns numera endast tillverkning av snus kvar.

Internationellt stora tobaksföretag är British American Tobacco, Philip Morris, China National (det statliga kinesiska tobaksmonopolet), Imperial Tobacco, Gallaher och Japan Tobacco. Det finns uppgifter som gör gällande att den samlade vinsten för tobaksbolagen är 170 miljarder dollar per år (Tobaksfakta.org, uppgifter hämtade 2006-03-07).

Tobaksbruket ur ett internationellt perspektiv

Höginkomstländer runt om i världen har, efter att hälsoriskerna med att röka upptäcktes, lyckats minska andelen invånare som röker eller åtminstone fått utvecklingen av andelen rökare att stagnera. Andelen rökare har emellertid stigit i mellan- och låginkomstländer vilket bland annat förklaras av att tobaksbolagen har marknadsfört cigarettrökning som tecken på en framgångsrik västerländsk livsstil (Kjellström, et al., 2005).

Det är användandet av cigaretter som är det dominerande tobaksbruket runt om i världen, försäljning av cigaretter står för 96 procent av all tobaksförsäljning (Shafey et al., 2003). Världshälsoorganisationen (WHO) har beräknat att det finns cirka 1.3 miljarder rökare i världen. Den siffran beräknas kunna stiga till 1.7 miljarder år 2025. Runt om i världen finns det länder där över hälften av de vuxna männen är rökare (t.ex. Tunisien, Kenya, Yemen och

Kina). I boken Tobacco control country profiles (Shafey et al., 2003) beskrivs tobakssituationen i olika delar av världen.

I många länder i Afrika med undantag för Sydafrika, ökar konsumtionen av cigaretter kraftigt (Oluwafemi et al., 2003). Ökningen av andelen rökare är särskilt stor bland de unga. År 1995 var den totala cigarettkonsumtionen i Afrika beräknad till 131 181 miljoner cigaretter vilket kan jämföras med 212 788 miljoner cigaretter år 2000. I Afrika är även rökning av pipa, användning av torrt snus och rökning av rullade tobaksblad allmänt spritt. Orsakerna till den kraftiga ökningen av användandet av tobak bland unga i Afrika kan delvis förklaras av en intensiv tobaksreklam samt att tobaksindustrin sponsrar t.ex. olika sportsevenemang. WHO:s ramkonvention om tobak (ramkonventionens innehåll beskrivs i avsnittet under ”Internationella aktörer i det tobakspreventiva arbetet”) har dock medverkat till att lagar mot t.ex. försäljning av tobak till minderåriga, försäljning av cigaretter styckvis samt förbud mot tobaksreklam har börjat införas i flera afrikanska länder.

I sammanfattningen över läget i den amerikanska regionen, Nordamerika Sydamerika, Centralamerika och Västindien framgår att tobakskonsumtionen är nedåtgående i regionen (Selin et al., 2003). I Kanada och USA är tobakslagstiftningen relativt omfattande med t.ex. rökfria arbetsplatser och serveringar medan det i många andra länder i regionen saknas en lagstiftning och policy som stärker det tobakspreventiva arbetet. Det finns dock ett starkt stöd för WHO:s ramkonvention om tobak inom området.

I regionen öster och söder om Medelhavet (t.ex. Cypern, Libanon, Jordanien, Irak, Iran, Kuwait, Afghanistan, Egypten och Marocko) är cigarettanvändandet mycket utbrett (El-Awa et al., 2003). I många länder i den här regionen röker upp mot 50 procent av männen, motsvarande andel bland kvinnor är cirka 10 procent. Historiskt har intresset för tobaksprevention varit lågt i flera av dessa länder och tobakslagstiftningen har varit i stort sett obefintlig. I takt med att WHO:s ramkonventionen om tobak har undertecknats och också ratificerats av flera länder inom regionen har det emellertid införts en mer restriktiv tobakslagstiftning (t.ex. i Pakistan och Syrien).

Inom ett flertal länder i EU röker omkring 30 procent av den vuxna befolkningen (World Health Organization, 2003a). Det är dock stora skillnader mellan andelen rökare i länderna i öst och väst samt mellan lägre och högre socialgrupper inom EU:s medlemsländer. De flesta länder inom EU har en tobakslagstiftning som t.ex. förbjuder rökning på allmänna platser och på arbetsplatser och som innehåller en åldersgräns för inköp av tobak samt regler för tobaksreklam etc. men det är skillnad på hur väl dessa lagar är implementerade och hur de efterlevs.

I sydost-Asien-regionen (t.ex. Bangladesh, Korea, Indien, Indonesien och Thailand) bor ungefär en fjärdedel av världens befolkning. I den här regionen är

konsumtion av tobak som man röker eller tuggar omfattande (Rahman et al., 2003). Fyra länder i regionen – Indien, Indonesien, Bangladesh och Thailand – är bland de 20 länder i världen som producerar mest tobak. I regionen som helhet är cirka 4.2 miljoner anställda på heltid inom tobaksindustrin. Den siffran motsvarar cirka en till två procent av andelen sysselsatta inom samtliga arbeten. Det tycks som om andelen rökare ökar, dock saknas det tillförlitlig statistik i regionen. Den största ökningen av andelen rökare förefaller finnas bland kvinnor. Att förbättra inhämtandet och framställandet av statistiska uppgifter såsom information om tobaksanvändning, tobaksförsäljning o.s.v. är angeläget i denna region. Detta är också en förutsättning för att bättre kunna följa hur olika former av tobakspreventiva insatser påverkar användningen av tobak. I flera av de här länderna finns en tobakslagstiftning som innebär att det t.ex. måste finnas varningstexter på cigarettpaket och som förbjuder rökning i allmänna lokaler. Samtliga länder i regionen är mycket positiva till WHO:s ramkonventionen om tobak.

I den region som räknas till västra stillahavsområdet vilken innefattar det område som sträcker sig från Kina och Mongoliet i norr och väst, till Nya Zeeland i söder och till Polynesien i öst röks, enligt skattningar, en tredjedel av samtliga cigaretter i världen (David et al., 2003). I genomsnitt är cirka 60 procent av männen och 6 procent av kvinnorna rökare. De mer utvecklade länderna i regionen har dock en mindre andel rökare. Inom regionen ökar andelen rökare bland unga kvinnor. I flera länder inom västra stillahavsområdet har olika typer av tobakspreventivt arbete som t.ex. lagstiftning och olika former av anti-tobak kampanjer startat. Man räknar också med att WHO:s ramkonvention om tobak kommer att få stor betydelse. Ett uppmärksammat problem är att flera länder har svårt att finansiera olika typer av tobakspreventivt arbete. I flera av länderna är det också svårt att arbeta tobakspreventivt då det finns starka intressen i tobaksodling och tobaksindustrin. Dessutom behöver datainsamlingen av tobaksrelaterade uppgifter förbättras så att utvecklingen kan följas.

Tobaksbruket ur ett svenskt perspektiv

Statistik över försäljningen av snus och tuggtobak visar att i början av 1900-talet (1919) såldes det knappt 7 500 ton snus och tuggtobak i Sverige (Svenska Tobaks Aktiebolaget, 1965). Försäljningen av snus minskade sedan stadigt fram till slutet av 60-talet. År 1968 såldes det knappt 2 400 ton snus (Socialstyrelsen, 1986). För att vända trenden genomfördes reklamkampanjer för snus och tobaksbolagen satsade på markandsföring av snus på flera andra sätt som t.ex. nya förpackningar (Magnusson & Nordgren, 1994). Därefter började försäljningen öka och 1978 såldes drygt 3 400 ton snus. 1988 såldes 4 594 ton i Sverige (Statveca.com, 2006). Tio år senare, d.v.s. 1998, såldes det 5 349 ton snus i Sverige. År 2003 såldes det 6 762 ton snus i Sverige. Det är emellertid

osäkert om försäljningen av de cirka 60-70 ton snus som sålts av nya tillverkare 2003 är inräknade i ovanstående försäljningsvolym (Statveca.com, 2006). Den offentliga försäljningsstatistiken i Sverige visar att åren 1916 - 1920 såldes det 726 ton cigaretter (Socialstyrelsen, 1986). Från mitten av 1940-talet ökade försäljningen av cigaretter kraftigt och 1945 såldes 2 817 ton cigaretter. Även under tiden efter det andra världskriget ökade cigarettförsäljningen kraftigt för att nå en kulmen i början på 1970-talet med cirka 8 000 ton försälda cigaretter per år. Under slutet av århundradet minskade försäljningen kraftigt och uppgick år 2003 till 4 696 ton (Statveca.com, 2006). Emellertid är det osäkert om försäljningen av de lågpriscigaretter som etablerat sig på marknaden ingår i 2003 års siffror.

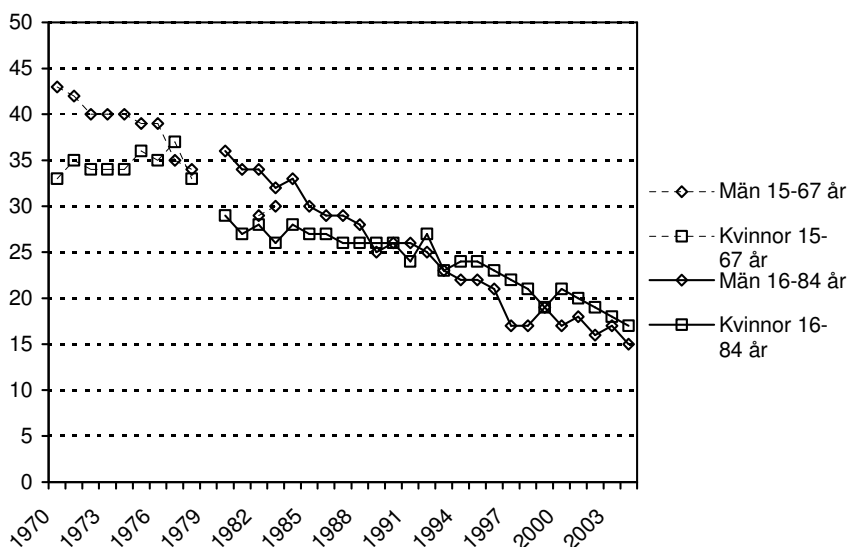
En annan fråga är hur stor del av befolkningen som använder den tobak som säljs. I en undersökning om svenska folkets rökvanor som genomfördes av Statistiska centralbyrån år 1963 bland 55 000 människor i åldrarna 18-69 år uppgavs 49 procent av männen respektive 23 procent av kvinnorna vara dagligrökare (Socialstyrelsen, 1986). År 1980/81 var det 31 procent (Uppgifter från Statistiska centralbyrån, undersökningarna av levnadsförhållanden) av Sveriges befolkning i åldrarna 16-84 år som rökte dagligen vilket kan jämföras med 16 procent år 2004. Minskning av andelen rökare över tid gör att Sverige idag är en av de nationer i världen där andelen rökare är lägst. Nämnas bör dock användandet av snuset.

1976 var 9 procent av männen i åldrarna 18-70 år dagligsnusare. I samma åldersgrupp hade denna andel ökat till 13 procent år 1983 (Uppgifter är hämtade från NTS:s mätserie 1976-1983 som är redovisad i Socialstyrelsen, 1986). År 1988/89 var det 8.6 procent av Sveriges befolkning i åldrarna 16-84 år som snusade dagligen vilket kan jämföras med 12.8 procent år 2005 (Uppgifter från Statistiska centralbyrån, undersökningarna av levnadsförhållanden).

En svensk studie (Rodu et al., 2002) visar att det i en befolkning finns ett samband mellan en hög andel snusare och en låg andel rökare. Resultat från studien visar att andelen rökare bland svenska män minskade från 23 procent (1986) till 14 procent (1999). Under samma period ökade andelen snusare från 22 procent till 30 procent. Om andelarna svenska män som röker respektive snusar läggs samman så hamnar andelen män som använder tobak i någon form i stort sett på samma nivå som andelen manliga rökare som i många andra EU-länder. En annan svensk studie (Ramström & Foulds, 2006) med syftet att studera om användandet av snus är associerat med en ökning eller minskning av rökning visar att användandet av snus i Sverige är förknippat med en minskad risk att bli dagligrökare och med en ökad möjlighet att lyckas med att sluta röka. En studie av Gilljam och Galanti (2003) visar dock att tre av fyra svenska män som slutade röka under 1980- och 1990-talen gjorde det utan att använda snus.

Tobaksbruket fördelat efter kön

Andelen rökare fördelat efter kön mellan åren 1970 till 2004 åskådliggörs i Figur 1.



Figur 1. Andelen dagligrökare, män respektive kvinnor 15-67 år, mellan åren 1970-1979 enligt en surveyundersökning genomförd av Svenska Tobaksaktiebolaget (Socialstyrelsen, 1986). Respektive andelen dagligrökare, män och kvinnor 16-84 år, (Uppgifter hämtade från Statistiska centralbyrån, undersökningarna av levnadsförhållanden)

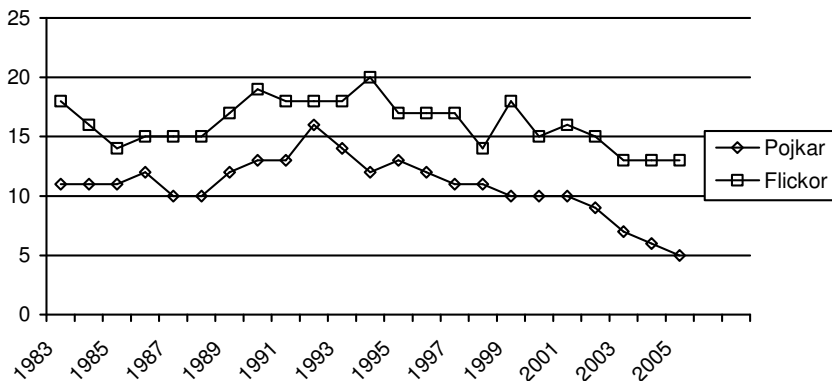
Som framgår av Figur 1 var andelen män som rökte större än andelen kvinnor under de första åren som visas i diagrammet. Detta förändrades dock under början 90-talet. Av diagrammet framgår också att andelen rökare har minskat under hela den redovisade tidsperioden. Minskningen är dock större bland männen än bland kvinnorna. I Folkhälsorapport 2005 (Boström, 2005), dras slutsatsen att orsakerna till att andelen dagligrökare minskat står att finna i att både andelen som börjar röka blir färre samtidigt som också andelen som slutar blir fler.

Förutom rökning bör också den andel som använder snus nämnas (uppgifter hämtade från Statistiska centralbyrån, undersökningarna av levnadsförhållanden). Bland män i åldrarna 16-84 år var andelen dagligsnusare år 1988/89 16,8 procent, motsvarande andel bland kvinnor i samma ålder var 0,6 procent. År 2005 var andelen män i åldrarna 16-84 år som använder snus dagligen 22,9 procent, motsvarande andel bland kvinnor var 2,8 procent.

Tobaksvanor bland ungdomar

Av stort intresse för avhandlingen är tobaksvanor bland ungdomar och därför följer nu en redovisning av tobaksvanorna i den gruppen.

Andelen dagligrökande ungdomar i årskurs 9 åskådliggörs i Figur 2.



Figur 2. Andelen pojkar respektive flickor i årskurs 9 i grundskolan som röker dagligen/nästan dagligen (Hvitfeldt & Rask, 2005).

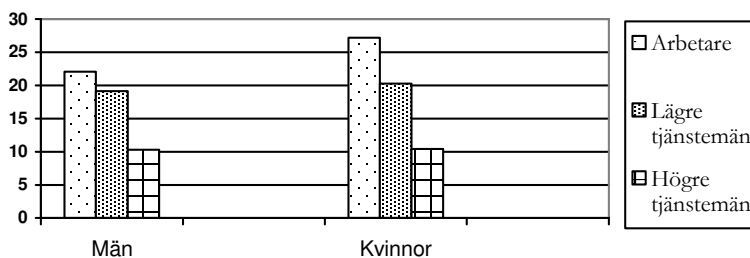
Av diagrammet framgår att andelen ungdomar i årskurs 9 i grundskolan som röker dagligen/nästan dagligen har minskat över tid. Från mitten av 90-talet och framåt har andelen dagligrökare minskat mer bland pojkar än bland flickor. Det framgår också att andelen flickor i årskurs 9 som röker dagligen/nästan dagligen är större jämfört med andelen pojkar under hela den redovisade tidsperioden.

Rodu m.fl. (2005) menar att en del av förklaringen till den låga andelen rökare bland pojkar i Sverige vid en internationell jämförelse är att de istället använder sig av snus.

År 2004 (Hvitfeldt & Rask, 2005) var det 15 procent av pojkarna i årskurs 9 i grundskolan som snusade dagligen/nästan dagligen och 3 procent bland flickorna. En preliminär sammanfattning av skolelevens drogvänor 2006 (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, finns tillgänglig på Tobaksfakta.org, 2006-06-30) visar att 11 procent av pojkarna i årskurs 9 i grundskolan snusade dagligen medan motsvarande andel bland flickor i årskurs 9 var 2 procent. År 2004 (Hvitfeldt & Rask, 2005) var det 11 procent av pojkarna respektive 6 procent av flickorna i årskurs 9 i grundskolan som både rökte och snusade.

Tobaksvanor och socioekonomisk grupp

Rökvanor skiljer sig mellan olika socioekonomiska grupper. För cirka 50-60 år sedan var rökningen mest utbredd bland de välbärgade i samhället medan det idag är precis tvärtom. De sociala skillnaderna i rökvanor är stora och rökningen minskar heller inte lika mycket i alla grupper (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2005). Som exempel kan nämnas rökvanor bland läkare. 1969 var det 46 procent av den svenska läkarkåren som var dagligrökare jämfört med 6 procent 1996 (Bolinder & Himmelmann, 1996). Ett annat exempel på detta är rökningen bland arbetarklassens kvinnor. Under 1940-talet förekom det i stort sett inte att kvinnor i arbetarklassen rökte (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2005). År 2000/2001 var andelen dagligrökare bland arbetarkvinnor (samtliga arbetare, d.v.s. facklärda samt ej facklärda arbetare) i åldrarna 16-84 år 27.2 procent (Uppgifter hämtade från Statistiska centralbyrån, undersökningarna av levnadsförhållanden). Andelen dagligrökare bland män i samma ålder tillhörande kategorin arbetare (samtliga arbetare d.v.s. facklärda samt ej facklärda arbetare) var vid samma tidpunkt 22.1 procent. I gruppen lägre tjänstemän var andelen dagligrökare 19.1 procent bland männen i åldrarna 16-84 år 2000/2001, medan motsvarande andel bland kvinnorna var 20.3 procent. I gruppen högre tjänstemän (16-84 år) 2000/2001 var andelen som rökte dagligen betydligt mindre jämfört med lägre tjänstemän respektive arbetare. I gruppen högre tjänstemän rökte 10.3 procent av männen dagligen, medan motsvarande andel bland kvinnor i samma grupp var 10.4 procent. Statistik från Statistiska centralbyrån, undersökningar av levnadsförhållanden visar också att det är skillnad i rökvanor mellan utlandsfödda män och svenskfödda män (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2005). Rökning bland utlandsfödda män var 2004 dubbelt så ofta förekommande jämfört med män som var födda i Sverige av svenskfödda föräldrar (27 procent respektive 13 procent). För att åskådliggöra förhållandet mellan socioekonomisk grupp och rökning redovisas andelen dagligrökare fördelat efter kön och socioekonomiska grupper i Figur 3.



Figur 3. Andelen dagligrökare, män och kvinnor, i åldrarna 16-84 år, i olika socioekonomiska grupper år 2000/2001. Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Novo m.fl. (2000) drar slutsatsen från en studie av rökvanor bland unga människor att en låg utbildningsgrad bland unga män och kvinnor är associerad med rökning. Vidare röker oftare kvinnor som har ekonomiska problem och som har barn.

Även när det gäller snusvanor finns betydande socio-ekonomiska skillnader (Uppgifter hämtade från Statistiska centralbyrån, undersökningarna av levnadsförhållanden). Var femte manlig arbetare snusade 1988/89 vilket kan jämföras med var tionde manlig tjänsteman. Åren 1996/97 hade skillnaderna blivit något mindre, då snusade var fjärde manlig arbetare och var sjätte tjänsteman.

En undersökning av ungdomars tobaksvanor i tre regioner av Sverige (Hagquist et al., 2004) visar skillnader i rök- och snusvanor mellan de ungdomar i årskurs 9 i grundskolan som har valt teoretiskt respektive icke-teoretiskt gymnasium. Undersökningen visar att en betydligt större andel bland de pojkar och flickor som har valt ett icke-teoretiskt gymnasium röker och snusar. Samma mönster framkommer även i en annan undersökning av niondeklassares rökvanor (Hagquist, 2000). Även bland ungdomar i gymnasiet årskurs 2 finns liknande skillnader i rök- och snusvanor mellan de ungdomar som går på icke-teoretiskt respektive teoretiskt gymnasium (Hagquist, 2006).

Tobakens hälsomässiga konsekvenser

Av den föregående redovisningen framgår hur tobak tidigt använts vid religiösa riter och för att bota sjukdomar. Senare övergick bruket av tobak till att användas för njutning bland de högre samhällsklasserna runt om i världen. Därefter spreds bruket av tobak till borgarklassen för att så småningom även spridas till arbetarklassen. Användandet av tobak var med andra ord allmänt spritt innan bevis fanns för att bruk av tobak är en fara för hälsan. En liknande spridning av bruket av tobak kan även ses globalt där t.ex. rökning av cigaretter först var allmänt förekommande i höginkomstländerna för att därefter spridas även till mellan- och låginkomstländer.

Rökning och ohälsa

År 1828 lyckades man inom kemin isolera alkaloiden nikotin och genom efterföljande medicinska försök kunde forskare konstatera att nikotin är ett mycket giftigt ämne. Genom upptäckten blev det möjligt att hävda att tobak var hälsofarligt och 1886 bildades den svenska organisationen ”Tobakskämpen”. Organisationen bytte sedan namn till ”Föreningen bort med tobaken”. Föreningen fick inte någon större spridning och deras argumentation, för att få människor att avstå från att använda tobak, byggde huvudsakligen inte på någon vetenskaplig grund (Nordlund, 2005).

Den tidiga forskningen om rökningens hälsomässiga konsekvenser

De första varningsflaggorna för att rökning kunde vara skadligt för hälsan och som byggde på vetenskaplig grund höjdes redan under 1920- och 1930-talen då läkare observerade en ökning av antalet fall med lungcancer. Det dröjde dock ända till 1950 innan studier som visade på ett starkt samband mellan lungcancer och rökning publicerades (Doll & Hill, 1950; Levin, et al., 1950; Schrek, et al., 1950; Wynder & Graham, 1950). År 1954 publicerades en berömd studie om läkares risk att dö i lungcancer av Doll & Hill (Doll & Hill, 1954). I oktober 1951 skickade de ut ett kort frågeformulär till totalt 59 600 kvinnliga och manliga läkare. De som fick formuläret ombads, förutom att ange namn, adress och ålder, också att klassificera sig själv i en av tre grupper – a, om de var rökare då de besvarade formuläret; b, om de hade rökt men slutat; c, om de aldrig rökt regelbundet. Samtliga respondenter som tillhörde någon av de två första grupperna fick besvara några ytterligare frågor. Dessa frågor handlade om vid vilken ålder de hade börjat röka, hur mycket de rökte och hur de rökte tobaken. Totalt fick Doll & Hill tillbaka 41 024 besvarade enkäter och av dem var det 40 564 enkäter som var besvarade i sin helhet. Ytterligare 10 017 läkare selekterades bort från studien p.g.a. att de var under 35 år. Till sist plockades ytterligare 6 158 svarande bort p.g.a. att de var kvinnor. Skälen till de två sista urvalen var att personer under 35 år samt kvinnor (!) ytterst sällan drabbades av

lungcancer. 29 månader senare (mars 1954) hade 789 dödsfall skett bland de män över 35 år som hade besvarat frågeformuläret. När Doll och Hill kopplade samman uppgifterna från frågeformuläret om rökning och uppgifter om dödsorsaker fann de statistiska samband mellan hur mycket läkarna rökte och risken för att dö i lungcancer. Dessutom fann de uppgifter som skulle kunna tyda på ett samband mellan rökning och risken för att dö i hjärtinfarkt. Doll & Hill har genom åren följt den grupp läkare som besvarade enkäten 1951 och resultaten finns publicerade i ett flertal artiklar (Doll & Hill, 1956; Doll & Hill, 1964; Doll & Peto, 1976; Doll et al., 2005; Doll et al., 1994).

Sjukdomar orsakade av rökning

Kunskapen om rökningens hälsorisker har funnits länge och det är känt att rökare har en ökad sjukfrånvaro från sina arbeten och att de nyttjar sjukvården i större utsträckning jämfört med icke-rökare (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Internationellt publiceras återkommande kunskapsöversikter av bland andra Surgeon General i USA och Royal College of Physicians i Storbritannien. I Sverige publicerade t.ex. Socialstyrelsen redan 1979 en bok, Tobaksrökning eller hälsa, som redovisade hur rökning påverkar vår sjuklighet, livslängd och dödlighet (Eriksson, 1979a). I dagens Sverige är, enligt en SBU-rapport (1998), rökning en av de viktigaste bakomliggande orsakerna till ohälsa. I rapporten står att läsa att 25 procent av alla som röker kommer att avlida redan i medelåldern till följd av orsaker som kan relateras till rökning.

Det finns ett bevisat samband mellan rökning och risken för lungcancer (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). I Sverige uppskattas att rökning orsakar fyra femtedelar av all lungcancer (Socialstyrelsen & Epidemiologiskt centrum, 2005). År 2003 insjuknade 1 660 män respektive 1 334 kvinnor i den cancerformen. Lungcancer i Sverige ökar numera bland kvinnor men minskar bland män vilket kan antas bero på skillnader i rökvanor mellan män och kvinnor (Nystrand, 2005). Trots att cigaretterna i dag, jämfört med för 50 år sedan, innehåller mindre tjära och nikotin har inte risken för lungcancer bland rökare minskat (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

Även för sambandet mellan cancer i struphuvudet och rökning finns idag vetenskapliga bevis (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). I Sverige upptäcktes år 2003 196 nya fall av cancer i struphuvudet och tobaksrökning anses vara den viktigaste riskfaktorn för den cancerformen (Nystrand, 2005). Dessutom klassas rökning också som riskfaktor för cancer i bukspottkörteln, cancer i njure/urinblåsan/urinvägar, cancer i magsäck och matstrupe, cancer i livmodershals, munhålecancer samt vissa sorter av leukemiformer (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). De

senare cancerformerna svarade för över 5 000 nya fall i Sverige år 2003. Som en sammanfattning kan nämnas att det beräknas att cirka 8 000 till 10 000 nya fall av cancer i Sverige orsakas av tobaksrökning varje år (Nystrand, 2005).

Rökning är också en av de viktigaste riskfaktorerna för olika former av hjärt-kärlsjukdomar såsom t.ex. hjärtinfarkt, stroke och kärlkramp (U.S. Department of Health and Human Services, 2000; Folkhälsoinstitutets tobaksprogram, 1995). I en sammanställning över den forskning som genomförts om riskerna med att röka (European Commission & The ASPECT consortium, 2004) redovisas flera studier som visar att risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar är betydligt högre för rökare jämfört med icke-rökare.

Tobaksrök är också en orsak till olika former av problem och sjukdomar i andningsvägarna (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) som t.ex. astma-relaterade symtom, kronisk luftrörskatarr, emfysem, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, etc. Dessutom drabbas rökare lättare av sjukdomar såsom bihåleinflammation, luftrörskatarr samt lunginflammation.

Rökare har också en ökad risk att få den s.k. fönstertittarsjukdomen. En sjukdom som är en kärlförträngning i benartärerna som medför att musklerna inte kan syresätta sig vilket innebär smärta och kramp, vanligtvis i vaderna, vid gång (Janzon, 1979). Smärtan ökar efter avståndet (kan variera från några tiotal meter till ett par hundra meter) som personer med fönstertittarsjukdomen går och den tvingar till slut personen att stanna vilket får smärtan att försvinna inom 10 minuter. Den här sjukdomen är ovanlig hos icke-rökare.

Rökning påverkar också immunförsvaret (Pellmer & Wramner, 1997) på olika sätt vilket gör att rökare har en högre risk, jämfört med icke-rökare, att utveckla allergiska besvär (inte bara mot ämnen som finns i tobaksröken utan även mot andra ämnen). Rökare drabbas också lättare av infektionssjukdomar då rökare har ett sämre infektionsförsvar (Eriksson, 1979b).

Förutom ovannämnda risker har det också bevisats att rökning kan leda till t.ex. tandlossning, sämre sårhäkning, höftfrakturer, benskörhet hos äldre män och kvinnor etc. (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Dessutom löper rökare en ökad risk för att få magsår (Eriksson, 1979c).

Kvinnor som röker har en minskad fertilitet och män som röker har en sämre spermakvalitet. Vidare finns det samband mellan gravida kvinnors rökning och olika problem som kan uppstå under graviditeten som t.ex. avlossning av moderkakan och havandeskapsförgiftning. Det finns också ett bevisat samband mellan moderns rökning och för tidigt födda barn samt att barn till rökare har en ökad risk för att vara mindre vid födseln (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). När nya rön om plötslig spädbarnsdöd presenterades (Alm et al., 2006) avråddes föräldrar från allt bruk av nikotin under graviditet och amning.

Vidare finns det studier som visar på att rökare som arbetar i vissa arbetsmiljöer (t.ex. asbestexponerat arbete, arsenikexponerat arbete samt arbete i gruvor) har en förhöjd risk för lungcancer (Pellmer & Wramner, 1997; Reid et al., 2005).

Passiv rökning och ohälsa

I början på 1980-talet slogs det fast att det finns ett samband mellan passiv rökning och sjukdomar. De första studierna om passiv rökning jämförde risken att få lungcancer beroende på om icke-rökare var gifta med rökare respektive icke-rökare (Vineis et al., 2004). En majoritet av dessa studier visar på en ökad risk för lungcancer för icke-rökare som var gifta med rökare jämfört med icke-rökare som var gifta med icke-rökare.

1984 stod det att läsa i en av Statens offentliga utredningar (SOU 1984:67) att passiv rökning har ett samband med en ökad risk för olika former av cancer och att passiv rökning kan orsaka hjärt-kärlsjukdom. Med hjälp av den här kunskapen började synen på rökare förändras. Det kunde inte längre anses vara den enskildes ensak om han eller hon rökte (SOU 1990:29). 2006 gav USA:s biträdande hälsominister ut en rapport om hälsokonsekvenser för personer som utsätts för tobaksrök (U.S Department of Health and Human Services, 2006). I rapporten, som är en översikt över kunskapsläget baserad på forskning, dras slutsatsen att barn som är exponerade för passiv rökning har en ökad risk för att drabbas av plötslig spädbarnsdöd, akuta infektioner i andningsorganen, problem med öronen och en förvärrad astma. Vuxna som utsätts för passiv rökning har bl.a. en ökad risk för att drabbas av lungcancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Vidare vet man (Tibbling, 1979) att passiv rökning förvärrar symtom hos både barn och vuxna som är t.ex. astmatiker och allergiker.

Snus och ohälsa

Det finns åtminstone fyra olika former av snus runt om i världen. De olika snusformerna skiljer sig åt vad gäller sammansättning och användande. I Sydafrika används ett torrt till halvfuktigt snus som dras in genom näsan. Det finns också en form av torrt nässnus i vissa delar av Europa (Tyskland, Schweiz, Österrike, Italien och Frankrike). I USA finns det ett amerikanskt snus som läggs under underläppen och så finns det svenska, eller som det också benämns det skandinaviska, snuset som placeras under överläppen. Att det finns flera sorters snus komplicerar tolkningen av den forskning som genomförts av vilka följder användandet av snus har på hälsan då det inte alltid framgår vilken form av snus som forskningen avser (Cnattingius et al., 2005).

Det svenska snuset

Frågan om snusets inverkan har varit påfallande lite belyst, trots brukets stora utbredning i Sverige (Socialstyrelsen & Epidemiologiskt centrum, 2001). En fråga som diskuteras av Cnattingius m.fl. (2005) i en svensk kunskapsöversikt över hälsorisker med att använda snus är om svenskt snus skiljer sig från annan rökfri tobak med avseende på hur cancerframkallande det är. Svaret på frågan är viktigt med tanke på om de resultat som har redovisats i studier där användandet av andra typer av rökfri tobak studerats också kan gälla för svenskt snus. Enligt Cnattingius m.fl. (2005) finns bestående oklarheter om vilka effekter det svenska snuset har på hälsan. Deras samlade bedömning av de experimentella och epidemiologiska studier som redovisas i rapporten talar trots detta för att svenskt snus är cancerframkallande. Det finns dock forskare (bl.a. Foulds et al., 2003) som hävdar att svenskt snus är tillverkat och lagrat på ett sådant sätt att det innehåller mindre mängder, jämfört med liknande tobaksprodukter, av farliga ämnen (framförallt nitrosaminer). I en debattartikel framför Boëthius (2006) ståndpunkten att den svenska regeringen inte satsar tillräckligt med medel på forskning av snusets långtidseffekter på hälsan därför att det finns ett stort ekonomiskt intresse i att sälja svenskt snus till andra länder.

Sjukdomar orsakade av snus

I den ovan refererade svenska kunskapsöversikten (Cnattingius et al., 2005) redovisas att den vanligaste förekommande förändringen hos snusare är förekomsten av snuslesion. En snuslesion är en slemhinneförändring i munnen som utvecklas där snuset placeras. Slutar snusarna att snusa helt återgår slemhinnan till det normala. Ytterligare en risk med användandet av snus är frilagda tandhalsar (gingivala retraktioner). Den typen av skador går dock inte tillbaka om en snusare slutar använda snus.

I kunskapsöversikten (Cnattingius et al., 2005) går författarna systematiskt igenom många av de studier som finns om olika former av cancer och användandet av snus. En av de cancerformer som man tittat närmare på är munhåle- och läppcancer. Enligt svensk statistik är incidensen av munhålecancer i Sverige låg och antalet fall med läppcancer är på väg ner. År 2003 insjuknade 455 män och 254 kvinnor i munhålecancer vilket motsvarar 1.8 respektive 1.1 procent av all cancer i Sverige (Nystrand, 2005). Enligt Cnattingius m.fl. (2005) visar forskningen inte på något enhetligt resultat när det gäller sambandet mellan användandet av snus och munhåle- respektive läppcancer. Det är dock flera studier som visar på samband än de som inte gör det.

År 2003 insjuknade i Sverige 427 män respektive 466 kvinnor i pancreascancer (cancer i bukspottkörteln) vilket motsvarar 1.7 respektive 2.0 procent av all

cancer i Sverige (Nystrand, 2005). Det finns ett flertal studier som pekar på att användandet av snus kan vara en riskfaktor för pancreascancer men de studierna är oftast inte gjorda utifrån användandet av svenskt snus (Cnattingius et al., 2005). Vidare har de studier som studerat sambandet mellan cancer i matstrupen och användandet av snus synats. Enligt Cnattingius m.fl. (2005) finns det en liten riskökning bland snusare för cancer i matstrupen. Den här typen av cancer är dock, enligt svensk statistik (Nystrand, 2005), en form av cancer som svarar för en relativt liten del av all cancer i Sverige. År 2003 insjuknade 302 män respektive 103 kvinnor i cancer i matstrupen vilket motsvarar 1.2 respektive 0.4 procent av all cancer. När det gäller snus som riskfaktor för magsäckscancer presenterar kunskapsöversikten (Cnattingius et al., 2005) fem studier inom ämnet. Två av dessa är studier med svenskt snus (Boffetta et al., 2005; Ye et al., 1999), ingen av dessa studier visar på någon riskökning för snusanvändare. I *Lancet Oncology* (Cogliano et al., 2004) redovisas resultat från ett möte där "the International Agency for Research on Cancer" träffats för att sammanställa forskning om cancerrisken och all rökfri tobak. Där var en av slutsatserna att rökfri tobak orsakar mun- och bukspottkörtelcancer.

När det gäller vilka följder snus användning kan ha på hjärta och kärl tycks det som om sambandet mellan användandet av snus och högt blodtryck (hypertoni) är osäkert då resultat från forskningsstudier delvis är motsägelsefulla (Cnattingius et al., 2005). Dock kan det inte med forskningens hjälp uteslutas att snusning medför en ökad risk för högt blodtryck. I kunskapsöversikten gjord av Cnattingius m.fl. (2005) står att läsa att svensk forskning inte visar att användandet av snus ökar risken för att få hjärtinfarkt. Dock visar forskning att om en snusare drabbas av en hjärtinfarkt är risken att dö 40 procent högre jämfört med om en icke-snusare drabbas av hjärtinfarkt. Flera studier (t.ex. Asplund et al., 2003 och Huhtasaari et al., 1999) visar inte på någon förhöjd risk för hjärtinfarkt eller stroke vid användande av snus. Däremot kan inte den ena studien (Huhtasaari et al., 1999) utesluta att snusare löper en något förhöjd risk att drabbas av plötslig död.

Det finns även studier som studerat sambandet mellan användandet av snus och risken för att drabbas av diabetes. Resultatet från studierna är dock motsägelsefulla (Foulds et al., 2003).

Vad gäller eventuella effekter av användandet av snus under graviditet och vilka följder på foster detta kan få finns ett mycket begränsat antal svenska studier (Cnattingius et al., 2005). Dock visar en studie som är genomförd med hjälp av data från det svenska medicinska födelseregistret (England et al., 2005) att kvinnors snusning under graviditet tycks vara associerad med en ökad risk av för tidigt födda barn samt utvecklande av havandeskapsförgiftning.

Gunilla Bolinder, som forskar om snusets effekter på blodkärl- och hjärta vid Karolinska universitetssjukhuset (Tobaksfakta.org, uppgifter hämtade 2006-06-

02) hävdar att den tid som vi i Sverige har använt för att följa snusets effekt på människors hälsa är för kort för att med säkerhet fastställa snusets cancerframkallande effekt. Rimligtvis, skulle detta antagande även kunna gälla också för andra ohälsoeffekter av snuset. Detta kan, tillsammans med att det finns flera varianter av snus, vara en bidragande orsak till de delvis, motsägelsefulla forskningsresultaten av snusets effekter på människors hälsa.

Nikotinberoende

Nikotinberoende kan definieras som tvångsmässigt användande av cigaretter för att uppnå ett sorts välbefinnande samt ett upphävande av andra, oönskade symtom (O'Loughlin et al., 2002). En annan definition av nikotinberoende är enligt "International Classification of Diseases" (SBU-rapport, 1998) att tobaksberoende kategoriseras till gruppen för mentala och beteendemässiga störningar som beror på användningen av en psykoaktiv substans. Enligt denna klassifikation karakteriseras nikotinberoendet av en stark önskan att fortsätta med användandet av nikotin, problem med att hantera bruket av nikotinet, en fortsättning av att använda nikotin trots hälsovådliga följder, en ökad tolerans av nikotinet samt att handlingen att röka prioriteras högre än andra aktiviteter och förpliktelser.

Nikotin kan verka stimulerande, dämpa ångest, ta bort eller minska hungerskänslor samt skapa en känsla av välbehag hos tobaksanvändare. När en rökare drar ett halsbloss når nikotinet hjärnan inom 7-10 sekunder. Vid ett rökstopp kan en rökare drabbas av abstinens i form av t.ex. röksug, nedstämdhet, svårigheter att sova, irritation, ilska samt ökad aptit (SBU rapport, 1998). Nikotintillförsel från snus är annorlunda än från cigaretter då tillförseln av nikotin sker långsammare och över en längre tid (Holm Ivarsson & Wickholm, 2006).

Gilljam och Lindqvist (2005/2006) hävdar att det finns flera sidor, förutom det fysiska nikotinbehovet, av rökarens behov av cigaretter. De menar att behovet av cigaretter också har sociala och psykologiska skäl och dessutom bidrar djupt rotade vanor till att rökare fortsätter att röka och därigenom blir det också svårare för rökare att sluta.

För att uppnå önskat resultat med tobakspreventivt arbete kan det vara av värde att förstå hur ett utvecklande av nikotinberoende skapas. Majoriteten av alla som röker, alternativt snusar, debuterar före 18 års ålder vilket gör att ungdomar är en extra intressant grupp för tobakspreventiva insatser (Wallskär, 2004).

När det gäller snusets nikotinberoende kan det antas att bruket av den typ av snus som används i Sverige skapar ett nikotinberoende på ungefär samma sätt

som bruket av cigaretter gör då mängden nikotin som fås av snuset är ungefär densamma som av cigaretter (Foulds et al., 2003).

Ungdomars nikotinberoende

Tidigare forskning har hävdats att det tar relativt lång tid innan ungdomar blir dagligrökare (huvuddelen av forskning om ungdomars nikotinberoende har gjorts på rökningens effekter). Att utvecklas till rökare sågs som en flerstegsprocess som gick från att aldrig ha rökt till att röka dagligen. Beroendet av tobak uppstod enligt denna uppfattning vanligen först efter två till tre år (Elders et al., 1994). Senare forskning visar emellertid att utvecklandet av nikotinberoende går betydligt fortare bland ungdomar än man tidigare trott. DiFranza m.fl. (2002) menar att symtom av nikotinberoende bland ungdomar kan uppstå mycket fort efter att unga börjat prova att röka. Ungdomar kan dessutom utveckla symtom på nikotinberoende utan att röka kontinuerligt under flera dagar eller veckor. Dock finns stora individuella variationer i hur fort ett nikotinberoende utvecklas. Mediankonsumtionen av cigaretter, när det första symtomet på nikotinberoende uppstod, var i DiFranzas m.fl. (2002) studie två cigaretter per vecka. Flickor tycks, jämfört med pojkar, fortare utveckla symtom på nikotinberoende. Enligt studien kan en förklaring till varför ungdomar riskerar att utveckla ett nikotinberoende relativt snabbt vara att ungdomars hjärnor fortfarande utvecklas. DiFranza m.fl. (2002) menar att en annan förklaring till varför ungdomar så snabbt kan bli nikotinberoende kan vara att ungdomar ”självmedicinerar” genom att röka då nikotin har en lugnande effekt. De ungdomar som börjar röka för att de anser sig vara i behov av nikotinets lugnande effekt blir, enligt den ovan refererade studien, också snabbt fast i vanan att använda nikotin.

Svensk forskning (Marklund, 1997) visar att det ofta är någon gång mellan årskurs 5 och årskurs 9 i grundskolan som ungdomar börjar experimentera med cigaretter. Den största ökningen av andelen rökande ungdomar äger dock rum i åldrarna mellan 13 och 15 år, d.v.s i årskurs 7 till 9 i grundskolan. I dag vet man att det finns flera faktorer som påverkar risken för att ungdomar ska börja röka (Wallskär, 2004) respektive fortsätta att röka. Följande exempel på sådana faktorer är hämtade från Wallskärs rapport:

- individuella egenskaper som t.ex. kön och ålder
- föräldrars, syskons och kamraters tobaksvanor och attityder till tobak
- sociala normer som förmedlas av andra vuxna (lärare, fritidsledare etc.)
- ungdomars uppfattning av vilken syn som finns på tobak i samhället i övrigt. Den här synen kan avspeglats på olika sätt men t.ex. genom lagstiftning och genom vilken syn på rökning eller snusning som speglas i massmedia
- tillgänglighet av tobak

- exponering av tobaksreklam.

Användandet av snus är vanligt förekommande bland ungdomar som utövar lagsporter En svensk studie visar att en fjärdedel av ishockeyspelande pojkar snusar regelbundet (Rolandsson & Hugoson, 2003).

Rökningens samhällsekonomiska konsekvenser

I det följande kapitlet kommer ekonomiska aspekter, framför allt för samhället men även för individen, av användandet av cigaretter att redovisas. Även de ekonomiska följderna av tobaken som handelsvara behandlas kortfattat. Då de uppgifter som går att finna om tobakens samhällsekonomiska konsekvenser framförallt rör följder av rökning har snusets samhällsekonomiska effekter inte beaktats i de två följande avsnitten ("Vad kostar rökningen?" samt "Rökningens ekonomiska konsekvenser i u-länderna").

Vad kostar rökningen?

Omkring fem miljoner människor runt om i världen avlider varje år till följd av sjukdomar som är orsakade av rökning (World Bank, 1999). I Sverige beräknas cirka 7 000 människor dö varje år p.g.a. rökning vilket motsvarar nästan 20 dödsfall per dag (Statens folkhälsoinstitut, 2003). Rökning är inte bara en fråga om lidande och för tidig död för de som på olika sätt blir sjuka av användandet av cigaretter utan det är också en ekonomisk fråga som man, med hjälp av olika beräkningar, kan försöka sätta en prislapp på.

En studie av Roberts (2001) visar att varje rökare i Sverige i slutet av 1980-talet beräknades kosta skattebetalarna drygt 830 000 kronor netto i offentliga kostnader (kostnader för sjukvård, sjukfrånvaro, pensionsförmåner och äldreomsorg) under sin livstid. Förutsättningarna för de ekonomiska beräkningarna var att personen börjar röka vid 16 års ålder och fortsatte att röka under resten av sitt liv. Jämförelsen gäller skillnader i offentliga kostnader mellan icke-rökare och rökare. Naturligtvis kostar också rökningen mycket pengar för de individer som röker. En person som röker ett paket cigaretter om dagen under ett år får med dagens cigarettpriser betala drygt 14 000 kronor för detta.

Bolin och Lindgren (2004) har genomfört beräkningar av kostnaderna för rökning på samhälls nivå. De menar att kostnaderna för rökning i Sverige (2001 års siffror) sammanlagt uppgår till 26 miljarder kronor per år. Inräknat i summan är kostnaderna för hälso- och sjukvård och produktionsbortfall (tillfällig sjukskrivning är inkluderad) orsakad av rökning. Den kostnad som passiv rökning betingar ingår dock inte i ovanstående skattning. Beräkningen för kostnaderna är gjorda på individer i åldrarna 35-84 år bosatta i Sverige. För att ha något att relatera den summan till kan nämnas att den svenska staten år 2001 satsade 17 miljarder på internationellt bistånd respektive 21 miljarder på rättsväsendet (Holm Ivarsson, 2004).

Ett annat försök att beräkna vad olika sjukdomar innebär för ett samhälle är att göra s.k. DALY-kalkyler (DALY= Disability Adjusted Life Year). Den här typen av beräkningar har utformats av Världsbanken och WHO (Murray &

Lopez, 1996; World Bank, 1993). Enligt DALY-kalkyler skulle ungefär 200 000 funktionsdugliga år gå förlorade varje år i Sverige till följd av rökning (Statens folkhälsoinstitut, 1998).

Vidare är rökning en av orsakerna till ojämlikheter i hälsa mellan dels socio-ekonomiska grupper där rökningen är minst utbredd bland dem som har det bäst ställt. Dels mellan könen eftersom det är fler kvinnor än män som röker, åtminstone i Sverige (Holm Ivarsson, 2004).

Rökningens ekonomiska konsekvenser i u-länderna

Även i u-länderna kostar rökning samhället stora pengar. Pengar som skulle kunna användas bättre. Andelen rökare har ökat snabbt i många u-länder (Abdullah & Husten, 2004) vilket medför en stor risk för att de sjukdomar som rökare riskerar att drabbas av kommer att öka. Beräkningar tyder på att år 2030 kommer 7 miljoner människor att dö årligen i u-länder p.g.a. rökning.

I en artikel (Efroymsen et al., 2001) analyseras cigarettkonsumtionens konsekvenser för Bangladesh befolkning. Bangladesh är med sina cirka 130 miljoner invånare ett av de fattigaste länderna i världen och cirka hälften av alla familjer lever under mycket ringa förhållanden. Andelen rökare i Bangladesh befolkning över 10 år är 48 procent av männen respektive 21 procent av kvinnorna (Shafey et al, 2003). Kunde pengar som används för att köpa cigaretter i Bangladesh istället användas till att köpa mat åt alla de som svälter i landet beräknas att 10,5 miljoner människor skulle kunna få en fullgod kost. Detta skulle kunna medföra att 350 barn i åldrarna under 5 år skulle kunna räddas till livet varje dag (Efroymsen et al., 2001).

Tobaksproduktionen orsakar, förutom de hälso- och samhällsekonomiska problem som tobaken ger upphov till när den används, dessutom stora miljöproblem där den odlas. Ett sådant problem är t.ex. den skogsskövling som odlingen leder till bl.a. därför att industrin är i behov av stora mängder ved när tobaken torkas. Ett annat problem är de stora mängder av bekämpningsmedel och gödningsämnen som tobaksodlarna använder (Pellmer & Wramner, 1997).

Tobak som handelsvara inom EU

Odling av tobak inom Europa har sjunkit sedan mitten av 80-talet och är numera, inom EU, en liten del av all jordbruksverksamheten. Ändå är odling av tobak den mest subventionerade grödan per hektar och EU använder nästan 1 000 miljoner Euro per år till att subventionera odlingen av tobak (European Commission & The ASPECT consortium, 2004). EU:s ekonomiska bidrag till tobaksodling har kritiserats hårt av bl.a. Sverige och bidrag ges numera till de

tobaksodlare som försöker lägga om sitt jordbruk till att odla annan gröda än tobak. År 2011 kommer EU:s bidrag till tobaksodlare att försvinna.

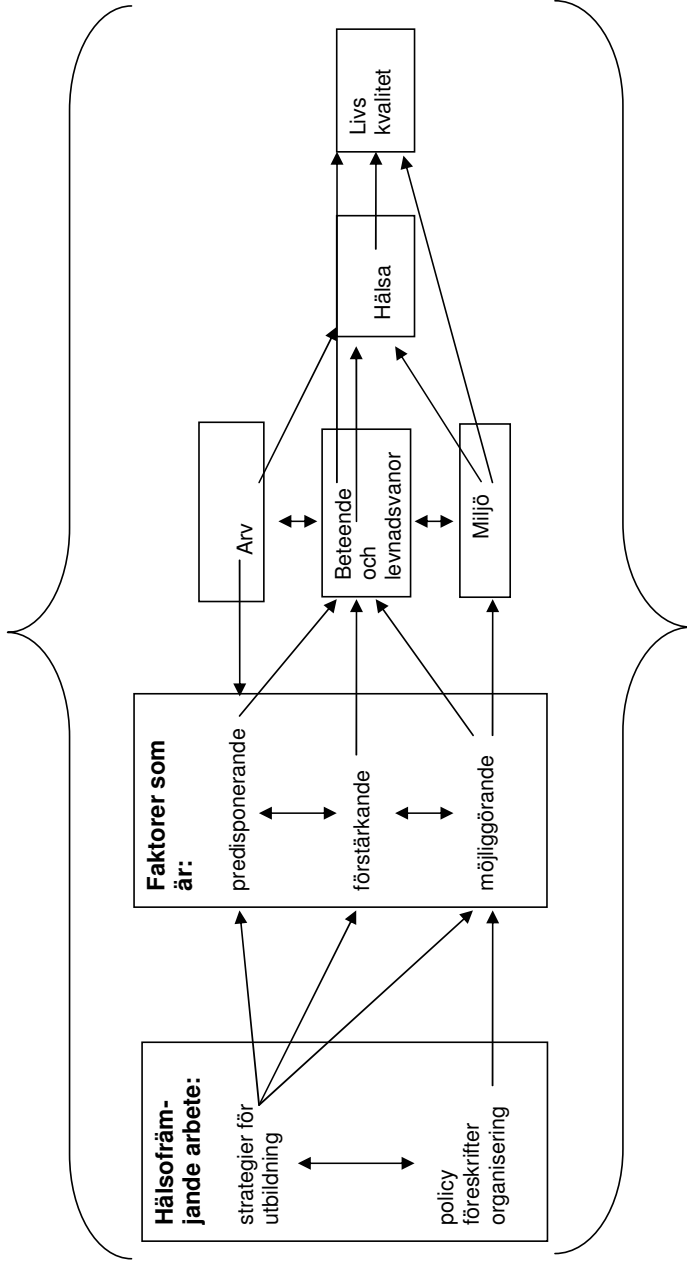
Tobakspreventivt arbete och folkhälsopolitik

Med folkhälsopolitik avses ”politik med målsättning att förbättra folkhälsan, dvs. med fokus på frågor som har med hälsans nivå och fördelningen i befolkningen att göra. Målet med en sådan politik är att skapa stödjande miljöer som möjliggör för människorna att leva ett hälsosamt liv.” (Janlert, 2000, sid 98).

En teoretisk modell, precede-proceed modellen, har utarbetats av Green och Kreuter (2005) till stöd för att arbeta med folkhälsa. Modellen har använts i tre årtionden i stora delar av världen för att planera, utveckla, genomföra och utvärdera olika hälsoinsatser. Arbeten enligt den här modellen har utförts i t.ex. skolor, kommuner eller på arbetsplatser med syfte att förbättra folkhälsan för grupper av befolkningen.

Den modell som Green och Kreuter har utvecklat bär spår från flera vetenskapliga discipliner såsom epidemiologi, sociologi, psykologi, hälso- och sjukvårdsadministration etc. Green och Kreuters sätt att arbeta fungerar som en relativt komplex modell för att planera, implementera och utvärdera en insats som har som mål att förbättra hälsa och livskvalitet. Behovet av modeller av den här typen har växt fram då forskning om hälsa gradvis förändrades från att ha studerat relativa enkla kausala förhållanden mellan miljö och hälsa till mer komplexa förhållanden där det krävs att hänsyn tas till en rad faktorer som på olika sätt påverkar hälsa och livskvalitet (Tones & Green, 2004). Enligt Greens och Kreuters sätt att arbeta med olika program och interventioner för att förbättra hälsan och livskvaliteten är det viktigt att ta hänsyn till olika beteende- och levnadsvanor samt den miljö som den population där ett projekt startas lever i. Samtidigt förutsätter det här sättet att arbeta ett samarbete mellan människor som är verksamma i flera sektorer i samhället. Modellen, (Green och Kreuter, 2005, sid 17) presenteras i Figur 4. Den modell som presenteras här är dock, jämfört med originalmodellen, något förenklad. De olika faserna är inte införda i den modell som återges här. Vidare återges beskrivningar av vad som ingår i precede respektive proceed inte i figuren utan beskrivningarna återfinns istället i den löpande texten.

PRECEDE predisposing, reinforcing and enabling constructs in educational/ecological diagnosis



PROCEED policy, regulatory, and organizational constructs in educational an environmental development.

Figur 4. Precede-proceed modellen.

Att arbeta med hälsoplanering enligt den här modellen innebär ett arbete som sker i åtta faser där arbetet i de fyra första faserna ingår i precede som är en inledande del (fas 1 – social bedömning; fas 2 – epidemiologisk bedömning; fas 3 – utbildnings- och ekologisk bedömning; fas 4 – administrativ och policyinriktad bedömning samt utformning av intervention). Därefter går arbetet in i proceed som är en fortsättningsdel där den planerade insatsen införs. Även inom proceed ingår fyra faser (fas 5 – implementering; fas 6 – processutvärdering; fas 7 – resultatutvärdering; fas 8 – utvärdering av långsiktiga effekter).

Ämnet för den här avhandlingen – en åldersgräns för inköp av tobak - är en form av hälsofrämjande arbete som kan bedrivas inom ramen för denna modell. Ungdomars tobaksbruk är en viktig fråga för den långsiktiga utvecklingen av livskvalitet. I den hälsokonsekvensmodell som prövades i utredningsarbetet (Folkhälsoinstitutets tobaksprogram, 1995) gjordes en epidemiologisk bedömning. Behovet av information och utbildning om lagen togs upp i Folkhälsoinstitutets arbetsplaner och propositionen innehöll en diskussion av lagen som del i en samlad strategi. De fyra första faserna ingick således i planeringsarbetet inför beslut om den nya lagstiftningen. Hela den här processen med arbetet enligt de fyra första faserna men där också processen går vidare i de fyra sista faserna är beskrivna av Eriksson (2000). Denna avhandling handlar om proceed-delen, d.v.s. implementeringen av åldersgränsen för inköp av tobak och dess resultat.

Med tobakspreventivt arbete avses här olika insatser som har som mål att påverka tillgång, efterfrågan och bruk av tobak. Syftet med tobakspreventivt arbete är, enligt WHO, att få människor som använder tobak att sluta eller åtminstone minska konsumtionen alternativt att förhindra att människor utsätts för passiv rökning (World Health Organization, 2003b). Till detta måste naturligtvis föras det arbete som syftar till att förmå människor att inte börja använda tobak. De olika tobakspreventiva insatserna kan genomföras på flera nivåer i samhället och också riktas till olika grupper i en befolkning. De olika preventiva budskapen kan vara avsedda att verka på individnivå, gruppnivå eller befolkningsnivå. Den strategi som budskapet har kan vara mass-strategi, målgruppsorienterad, primärvårdsbaserad eller en högrisk-strategi (Janlert, 2000, sid 261). Åldersgränsen för att få köpa tobak är en strategi på befolkningsnivå som är avsedd för att skydda barn och ungdomar från tobak. Lagstiftning inom t.ex. det tobakspreventiva området syftar också till att försöka ändra strukturella förhållanden för en stor grupp människor och det kan också vara ett försök att underlätta hälsosamma val (t.ex. genom prishöjning på tobak eller genom att förbjuda barn och ungdomar att köpa tobak) för en stor del av befolkningen (Tones & Green, 2004).

Den insikt och kunskap om rökningens skadeverkningar som växte fram från mitten av 1900-talet och framåt har medfört att olika former av

tobakspreventivt arbete har startats både i Sverige och i många andra länder världen över.

Kunskap om alla de negativa konsekvenser för hälsan som användandet av tobak har är emellertid inte nog för att förhindra användandet av t.ex. cigaretter. Flera orsaker till detta finns men Christoffel som refereras i Tones & Green (2004, sid 181) hävdar att kunskapen om hur folkhälsoproblem kan lösas inte är nog när mäktiga intressen är hotade av de lösningar som står till buds. När det gäller att bekämpa användandet av tobak är tobaksindustrin en mäktig motståndare vilket bl.a. har visats av Löwenberg (1992).

Tobakspreventivt arbete i Sverige

Historiskt har mycket av det tobakspreventiva arbetet inom Sverige bedrivits av ideella organisationer där intresseföreningar och folkrörelser anses ha haft stor betydelse för ett minskat tobaksbruk bland befolkningen och för att skapa rökfria miljöer (Pellmer & Wramner, 1997). Redan så tidigt som 1967 fick Nationalföreningen för upplysning om Tobakens Skadeverkningar (NTS) statliga medel för att arbeta med upplysning om tobakens negativa följder (SBU, 1998; Nordgren, 2005). 1968 kom Tage Danielssons film ”Mannen som slutade röka” som, enligt Nordlund (2005), kan ses som ett tecken på den förändring som började äga rum i synen på rökning i samhället. Det är emellertid viktigt att konstatera att det alltid funnits intressesmottningar mellan hälsointressen och tobaksbolagens profithunger, vilket bland annat varit föremål för undersökande journalisters intresse (Löwenberg, 1992).

1971 fick Socialstyrelsen i uppgift att redovisa en undersökning om tobakskonsumtionen och vilka tänkbara åtgärder som skulle kunna vidtas för att påverka användandet av tobak. Två år senare lämnade utredningen sitt förslag (Socialstyrelsen, 1973), vilket då var världsunikt. I utredningens svar fanns 16 punkter med fokus på olika tobakspreventiva insatser:

1. Varje årsklass som föds från 1975 och framåt ska under sin uppväxt få så rökfria miljöer som möjligt.
2. Specialinsatser i strategiska miljöer och grupper i vuxenvärlden där det är av extra vikt att minska rökningen.
3. Skolan görs stegvis helt rökfri.
4. Arbetsgivares möjligheter att anställa rökare inom vissa områden där rökare är mer utsatta för stora yrkesskaderisker begränsas.
5. Rökavvänjningskliniker vid regionsjukhus inrättas.
6. Årliga prishöjningar på tobaksvaror genomförs.
7. Försäljning av tobak från automater stoppas.
8. En åldersgräns på 16 år för att få köpa tobak införs.
9. Försäljning av tobak får endast ske genom traditionella tobakshandeln.
10. Obligatoriska varningstexter samt innehållsdeklarationer på alla tobaksvaror.

11. Förbud mot reklam- och markandsföring av tobaksprodukter.
12. Förbud mot onödiga, rökpositiva inslag i film och TV.
13. Massmediainformation om programmets olika delar.
14. Riktad information till folkrörelser.
15. Stimulera till kurser om rökningens hälsoeffekter hos bildningsförbunden.
16. Särskilt medel till olika organisationer som arbetar mot rökning.

I den nuvarande tobakslagen och i det tobakspreventiva arbete som bedrivs har idag de allra flesta av ovanstående punkter genomförts. Obligatoriska varningstexter på tobaksprodukter och restriktioner för tobaksreklam infördes under 1970-talet. Mycket av den tobaksundervisningen som bedrevs i skolor under samma tidsperiod gick till stor del ut på att försöka avskräcka elever från att börja röka genom att t.ex. visa bilder på cancersvulster. Metoden visade sig emellertid inte ha någon framgång och istället gick skolorna över till att använda sig av t.ex. värderingsövningar och olika typer av rollspel där elever får träna sig i att säga nej till tobak (Bremberg, 2004). Under 1980-talet gjordes alltfler offentliga miljöer rökfria och 1988 blev Västernorrland det allra första tobaksfria landstinget. Under början av 1990-talet kom den första svenska tobakslagen och 1992 inrättades Folkhälsoinstitutet som bl.a. har tobakspreventivt arbete som ett av sina arbetsområden. Observeras bör att det, som tidigare framgått, redan 1973 fanns ett förslag om att införa en åldersgräns för försäljning av tobak. Åldern i förslaget var dock 16 år.

Under perioden 2002-2004 satsade Sveriges regering och riksdag sammanlagt 90 miljoner kronor på tobakspreventiva insatser. Pengarna fördelades så att 60 miljoner gick till lokalt och regionalt arbete och 15 miljoner vardera till Sluta-röka linjen vid Centrum för tobaksprevention i Stockholm samt frivilliga organisationer. Statens folkhälsoinstitut organiserade verksamheten (Tobaksfakta.org, uppgifter hämtade 2006-05-16). Enligt budgetpropositionen för 2005 kommer 10 miljoner per år att satsas på tobaksprevention under 2005 och 2006. Medlen fördelas så att Sluta-röka linjen får fem miljoner per år och de övriga fem miljonerna går till andra organisationer som arbetar med tobaksprevention. Slås de medel som satsas på tobaksprevention ut på hela befolkningen innebär det att den svenska staten satsar lite drygt en krona per år och invånare vilket kan jämföras med Storbritannien där staten avsätter drygt en Euro per invånare och år (Joossens, 2004).

Det tobakspreventiva arbetet i Sverige inriktas huvudsakligen mot tre områden:

- Minska andelen människor som börjar använda tobak. Eftersom de flesta rökare eller snusare börjar i tonåren (Wallskär, 2004) riktas en stor del av arbetet mot barn och ungdomar. Strävan efter att minska andelen tobaksanvändare har uttryckts av regeringen i ”folkhälsomål elva” som regeringen beslutade om år 2003. Enligt detta mål skall andelen ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa halveras fram till år 2014 (Socialdepartementet, 2002). För att minska andelen människor

som börjar använda tobak är information och utbildning ett självklart inslag men även att arbeta för en opinionsbildning som stödjer en aktiv tobakspolitik samt en lagstiftning som på olika sätt är tobakspreventiv (t.ex. åldersgräns för tobaksinköp, rökfria serveringar etc.). Insatser av den här typen benämns ofta som primärpreventiva insatser (Bremberg, 2004) d.v.s. det är insatser som har som mål att förhindra att människor överhuvudtaget börjar använda tobak.

- Stödjande insatser som t.ex. telefonrådgivning och nikotinläkemedel för att förmå de som använder tobak att sluta röka eller sluta snusa. De här typerna av insatser benämns ibland som sekundärpreventiva insatser, d.v.s. insatser med målsättning att få människor att sluta röka innan de blivit sjuka.
- Skydda människor (inklusive foster) från att utsättas för passiv rökning. En insats i den här riktningen var den lag som infördes den 1 juni 2005 som innebar att rökning förbjöds i alla serveringar.

Det tobakspreventiva arbetet bedrivs av flera aktörer och på olika nivåer i samhället och delvis griper de olika delarna av det tobakspreventiva arbetet in i varandra samtidigt som de också, i varierande grad, samverkar.

Lagstiftning/prispolitik

Ramkonvention om tobak

Efter nästan fyra års förhandlingar antog WHO i maj 2003 en internationell ramkonvention om tobak. Syftet med konventionen är att stödja alla världens länder för att de ska kunna driva en effektiv tobakspolitik. Konventionen innehåller regler om förbud för tobaksreklam, marknadsföring och sponsring. Den innehåller också krav på att länderna ska införa rökförbud i offentliga lokaler, på arbetsplatser och allmänna kommunikationer. Konventionen uppmanar vidare alla länder att införa nationella regler om varningstexter (som skall täcka en viss yta av paketet) och innehållsdeklarationer på tobakspaket. Vidare uppmanas länderna att införa regler om maximinivåer för farliga ämnen i tobak. En bindande regel i konventionen är att länderna skall införa en åldersgräns för köp av tobaksprodukter. Dessutom skall åldern på de kunder som önskar köpa tobak kontrolleras och tobaksautomater måste övervakas för att möjliggöra en ålderskontroll.

I februari 2005, 90 dagar efter att det 40:e landet ratificerat konventionen (d.v.s. åtagit sig att genomföra den överenskommelse som finns i

konventionen) började konventionen att gälla. I juli 2005 anslöt sig Sverige till de länder som ratificerat konventionen. Detta innebär att samtliga nordiska länder nu ratificerat konventionen tillsammans med ytterligare drygt 130 länder (i juli 2006) runt om i världen.

Den svenska tobakslagen

1993 antogs det en tobakslag i Sverige (SFS 1993:581). Lagen har sedan förändrats ett flertal gånger under efterföljande år. Den första förändringen gjordes redan i juli 1994 då lagen skärptes genom att bl.a. förbjuda tobaksannonsering. Den 1 januari 1997 infördes en åldersgräns för inköp av tobak. År 2002 skärptes lagen ytterligare genom att t.ex. förbjuda indirekt tobaksreklam. År 2004 beslutade regeringen om att utöka lagen med ett rökförbud på alla serveringar från den 1 juni 2005. Ytterligare en skärpning av tobakslagen gjordes den 1 juli 2005 då Sverige anpassade sin tobakslag efter WHO:s globala ramkonvention om tobak. Förändringarna i lagen 2005, innebär bl.a. skärpta regler för marknadsföring av tobaksprodukter och förbud mot reklam utomhus vid de platser där försäljning av tobak sker.

Den svenska tobakslagen innebär i korthet att:

- Rökning är inte tillåten i offentliga lokaler och lokaler där allmänheten har tillträde. Skolor, skolgårdar och motsvarande områden vid förskolor och fritidshem innefattas också av lagen. Enligt en svensk enkätstudie från 2003 (Nilsson, 2005) som är genomförd bland skolelever i åldrarna 13, 15 och 17 år uppger 83 procent av eleverna i grundskolan att det, trots rökförbudet, röks på skolgårdar. I gymnasieskolan var andelen som svarat att det röks på skolgårdar 93 procent. Även i kollektivtrafiken råder rökförbud. Restauranger och andra serveringsställen omfattas sedan 1 juni 2005 också av rökförbudet (möjligheter att inrätta särskilda rökrum finns, dessutom är uteserveringar undantagna från förbudet). Lagar av den här typen som begränsar de platser där rökning är tillåtet är, enligt Världsbankens utvärdering (World Bank, 2003), en effektiv tobakspreventiv insats. Syftet med att förbjuda rökning i offentliga lokaler, restauranger och på andra platser är att göra rökning mindre attraktivt genom att skydda människor från passiv rökning och genom att minska antalet platser där rökning tillåts vilket innebär att det blir färre tillfällen för rökare att röka (Levy, et al., 2004). Vidare verkar den här typen av lagar stödjande för sociala normer mot rökning.

Irland är ett exempel på ett land där det införts rökförbud på serveringar och restauranger. Ansvariga för tobaksprevention är förvånade över hur väl lagen efterlevs och hur positiva människor är till rökförbudet. Innan förbudet infördes hade det dock ägnats mycket arbete med att

implementera lagen på ett lämpligt sätt (Howell, 2005). Även i delar av USA finns rökförbud på den här typen av platser. Forskning därifrån visar bland annat att ett totalt rökförbud på serveringar påverkar nyrekryteringen av unga rökare. Siegel m.fl. (Siegel et al., 2005) visar i en studie att de ungdomar som bor i städer med ett totalt rökförbud på serveringar har ett signifikant lägre odds för att utvecklas till rökare jämfört med ungdomar som är bosatta i städer utan ett sådant förbud. I vårt grannland Norge infördes ett rökförbud på barer och serveringar den 1 juni 2004 och en studie därifrån visar att personal och kunder är positiva till lagen och att kunderna tycker det är lättare än väntat att följa lagen (Lund et al., 2005). Även i Sverige tycks rökförbudet ha varit framgångsrikt (Tobaksfakta.org, uppgifter hämtade 2006-05-31). Rökförbudet har respekterats av allmänheten, antalet gäster har inte minskat, luftvägsproblem hos restaurangpersonalen har minskat och nio av tio svenskar är positiva till förbudet. Även branschorganisationen, Sveriges Hotell- och Restaurangföretagare, är nu, från att ha varit tveksamma till förbudet, mycket positiva.

- Arbetsgivare är sedan 1994 skyldiga att ansvara för att arbetstagare inte mot sin vilja utsätts för tobaksrök. Till stor del var det den här lagstiftningen som möjliggjorde rökförbudet på serveringar eftersom även de arbetstagare som arbetar i restaurangbranschen har rätt till en rökfri arbetsplats. En första preliminär version av en arbetsmiljöundersökning (Arbetsmiljöverket & Statistiska centralbyrån, 2006) visar att allt färre personer utsätts för passiv rökning på sina arbetsplatser. I den preliminära rapporten var det år 2005 4,6 procent av samtliga svarande som utsatts för passiv rökning på sitt arbete, motsvarande andel år 1989 var cirka 25 procent (Arbetsmiljöverket & Statistiska centralbyrån, 2002).
- Tobaksreklam är inte tillåten i periodiska tidskrifter, radio och TV. Även indirekt tobaksreklam är förbjuden. Tobaksreklam skall i övrigt präglas av särskild måttfullhet. Lagen förbjuder tillverkare, partihandlare och importörer av tobaksvaror att sponsra evenemang eller verksamheter dit allmänheten har tillträde eller om sponsringen kan tänkas få nationsöverskridande effekt genom t.ex. TV. Reklam inne i affärerna skall, om möjligt, placeras så att den inte syns utifrån.

Lagar mot tobaksreklam är, enligt Världsbanken (World Bank, 2003), en effektiv tobakspreventiv insats. Levy m.fl. (2004) är emellertid, delvis, av en annan uppfattning då de påpekar att lagar av den här typen måste vara så omfattande att all reklam förbjuds. Detta uppmärksammas också av Braverman och Aarø (2004) i en norsk studie av hur marknadsföring av tobak påverkar framtida rökvanor bland ungdomar. Det problem som författarna pekar på är att tobaksreklam, trots ett förbud enligt norsk lagstiftning, förekommer på olika föremål. Exempel på sådana föremål är

askfat, tändsticksaskar och cigarett-tändare samt på påsar. Braverman och Aarø fann i sin studie att ungdomar som uppger att de har sett marknadsföring av tobaksprodukter är mer positiva till rökning.

- Den som köper tobaksvaror måste vara minst 18 år. Även den som vill föra in tobak i Sverige måste vara minst 18 år. Införandet av åldersgränsen kan ses som en preventiv insats som direkt riktar sig till ungdomar genom att den bl.a. syftar till att minska deras tillgång till tobak. Enligt lagen måste också den som säljer tobak i näringsverksamhet anmäla detta till kommunen. Näringsidkaren är också skyldig att utöva särskild tillsyn över försäljningen. Vidare måste det, enligt lagen, finnas skyltar med information om åldersgränsen på varje försäljningsställe. Tobaksvaror får endast säljas på ett sådant sätt att det går att kontrollera köparens ålder. Den kommun där försäljningen sker svarar för tillsynen av att åldersgränsen efterlevs på de platser där tobak säljs. Länsstyrelsen skall följa kommunernas verksamhet samt bistå kommunerna med information och råd för tillsynen av försäljningsställen inom respektive region. Statens folkhälsoinstitut är den centrala tillsynsmyndigheten.

Det har ibland hävdats att införandet av en åldersgräns och andra tobakspreventiva insatser skulle kunna få ungdomar att revoltera om de upplever att deras rätt att fatta egna beslut hotas. Amerikansk forskning har visat att tobakspreventiva budskap till ungdomar därför bör vara av en underförstådd karaktär (Grandpre et al., 2003). Mot förhållningssättet att en åldersgräns för tobaksinköp skulle kunna få ungdomar att börja röka eller snusa talar att den åldersgräns som finns för inköp av tobak inte på något sätt är den enda lagstadgade åldersgränsen för ungdomar. Andra åldersgränser som skulle kunna anses som skäl att revoltera är åldersgränsen för att få köra moped, lätt motorcykel och bil, åldersgränsen för att få köpa folköl i affärer eller alkohol på systembolaget. Dessutom finns lagar av annan karaktär, som till exempel lagen om bilbälte, lagen om hjälmvång vid moped och motorcykelåkning som också, enligt samma resonemang, skulle inkräkta på ungdomarnas möjlighet till självbestämmande. I Nilssons (2005) enkätstudie bland svenska ungdomar i åldrarna 13, 15 och 17 år finns data från 1994 och 2003 om hur ungdomar ställer sig till åtgärder som försvårar eller förhindrar användandet av tobak. Resultaten visar att år 2003 tyckte 89 procent av de ungdomar som besvarat enkäten att det bör finnas en åldersgräns för att få köpa tobak. År 1994 var motsvarande andel 60 procent.

Resultat från Rimpelä och Rainios (2004) forskning visar att den finska åldersgränsen för tobaksinköp haft effekt på ungdomars möjlighet att köpa tobak i affärer. Vidare påvisar Rimpelä och Rainio att rökning bland finska ungdomar har minskat. Minskningen kan, enligt författarna,

inte enbart tillskrivas åldersgränsen utan den måste också tillskrivas effekter av andra tobakspreventiva insatser. Utvärderingen av den svenska åldersgränsen visar att ungdomar som medverkade som provinköpare under provinköpsstudier över tid successivt har fått svårare att köpa tobak i affärer (Sundh & Hagquist, 2006).

- Producenter måste ha varningstexter på tobaksprodukter som är avsedda att rökas. Vidare ska, enligt svensk tobakslagstiftning, varningstexter finnas på paketens båda sidor (gäller alla tobaksvaror som är avsedda att rökas). Sverige var det allra första landet i världen som införde en lag om obligatoriska varningstexter på cigarettpaketet (European Commission & the ASPECT consortium, 2004). Lagen om obligatoriska varningstexter har sedan stärkts ett flertal gånger och nu finns regler som innebär att på den mest synliga ytan skall varningstexten täcka minst 30 procent av ytan och på den minst synliga delen 40 procent. Exempel på varningstexter är: ”Rökning dödar”, ”Rökning orsakar dödlig lungcancer”. På de tobaksprodukter som inte är avsedda att rökas, t.ex. snus, krävs en varningstext som lyder enligt följande: ”Denna tobaksvara kan skada din hälsa och är beroendeframkallande”. Cigaretter måste också ha en innehållsdeklaration som ger upplysningar om skadliga ämnen som produkten innehåller eller ger upphov till. Exempel på sådana ämnen är tjära, nikotin, kolmonoxid. Gränsvärden för dessa ämnen är reglerade i lagen. Även på snusprodukter måste det finnas en innehållsdeklaration. Enligt Joossens rapport (2004) är varningstexter på tobaksprodukter den femte mest kostnadseffektiva tobakspreventiva insatsen. För att vara verksamma krävs dock att varningstexterna täcker en tillräckligt stor yta av förpackningen, är tillräckligt iögonfallande och ger direkta och klara varningar. Enligt Joossens rapport visar studier från Kanada, Brasilien, Australien, Nederländerna och Belgien att stora nygjorda varningstexter är effektiva för att förhindra rökning men även för att öka medvetandet bland allmänheten om de negativa hälsoeffekter som rökning medför. En kanadensisk studie (Hammond et al., 2003) visar också att varningstexterna är positivt associerade med tankar om att sluta röka.
- Tillverkare och importörer är skyldiga att lämna uppgifter om ingredienser om innehållet i tobaksprodukter till Statens folkhälsoinstitut som är tillsynsmyndighet för bestämmelser om produktkontroll. Vidare är tillverkare och importörer skyldiga att till Statens folkhälsoinstitut lämna uppgifter om vilka effekter tobaksvarorna har på hälsan.
- Cigarettpaket med färre än 19 cigaretter får inte säljas (från den 1 januari 2006) och det är också förbjudet att sälja cigaretter styckvis.

Höjning av priset på tobaksprodukter

En av de tobakspreventiva insatser som anses vara mest verksamma för att minska andelen rökare är prishöjningar på cigaretter (Guindon et al. 2002; Lantz et al., 2000; Lewit et al., 1997; Thomson et al., 2004). I en forskningsöversikt av Levy m.fl. (2004) redovisas vilka effekter olika tobakspreventiva insatser har på rökning och med stöd av undersökningar genomförda i Kanada, Österrike, Finland, Schweiz, Nya Zeeland, USA och Storbritannien, dras slutsatsen att priset påverkar konsumtionen. Vidare skriver Levy m.fl. (2004) att ungdomar är känsligare än vuxna för priset på cigaretter. Forskare har också funnit att höga priser på cigaretter är en viktig påverkansfaktor för att inte börja röka (Liang & Chaloupka, 2004) överhuvudtaget. Studier från USA visar också att priset på cigaretter har betydelse för hur många cigaretter som röks per dag av den enskilde rökaren (Ding, 2005; Kaplan et al., 2001). Det finns dock forskare, som med stöd från sina resultat, menar att höga skatter på tobak behöver kombineras med andra preventiva insatser för att andelen rökare skall kunna påverkas. Detta gäller speciellt om andelen rökare redan är relativt låg, som t.ex. i Kalifornien (Sheu et al., 2004).

I en forskningsöversikt gjord på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut (Hedin & Källestål, 2002) bekräftas att höjningar av priset på tobak är ett av de mest effektiva sätten att minska ungdomars bruk av cigaretter.

I Sverige höjdes tobaksskatten mellan 1996 och 1997 vilket innebar att priset på ett paket cigaretter ökade från 31 kronor till 44,50. Efter prishöjningen noterades en minskning av andelen rökare. Emellertid sänktes tobaksskatten redan ett år efter den sista höjningen så att priset på ett paket cigaretter blev 34,50 (Tobaksfakta.org, uppgifter hämtade 2004-04-03). Även i Frankrike finns resultat som visar att kraftiga höjningar av tobaksskatten i kombination med andra åtgärder gör att andelen rökare minskar. I Frankrike höjdes tobaksskatten tre gånger under 2003 och en gång under 2004 vilket gjorde att priset på ett av de vanligaste märkena av cigaretter i Frankrike kostade ungefär 50 kronor. Detta innebar att Frankrike, efter Norge och Storbritannien, hade de dyraste cigaretterna i Europa. Siffror från Frankrike visar att cigarettförsäljningen gick ner med 13 procent under 2003 vilket kan jämföras med en motsvarande minskning på 2,5 procent under 2002 (Tobaksfakta.org, uppgifter hämtade 2004-06-29).

Opinionsbildning/kunskapsspridning

Ett flertal av de tobakspreventiva insatser som behandlats under rubriken "Lagstiftning/prispolitik" har också som syfte att påverka opinionen i samhället samtidigt som instiftandet av lagar av typen åldersgräns för inköp av tobak eller rökfria serveringar endast är möjligt om de stöds av en tillräcklig opinion. Den svenska åldersgränsen för inköp av tobak syftar (Folkhälsoinstitutets tobaksprogram, 1995) således också till att ge tydliga signaler om vuxenvärldens inställningar till användandet av tobak och till att stödja föräldrar och andra vuxna i deras roll som fostrare av barn och ungdomar. På längre sikt vill man uppnå en förändring av de normer som finns runt tobak och ungdomar så att normen blir alltmer negativ till användandet av tobak. Gilpin m.fl. (2004) visar i sin studie av åldersgränsens inverkan på ungdomars rökning att en åldersgräns med en god efterlevnad kan vara till hjälp för att få ungdomar att inte experimentera med cigaretter genom att samhällets normer mot användandet av cigaretter stärks.

För att uppnå avsedd effekt med åldersgränsen krävs dock en tillräckligt god efterlevnad av lagen. Sundh och Hagquist (2005) visar i sin studie att ungdomars tilltro till att en åldersgräns har effekt på ungdomars rökvanor har minskat mellan 1996 (frågan då löd om ungdomarna trodde att lagen skulle påverka rökvanorna) och 2000 (frågan löd då om lagen har påverkat rökvanorna). Kanske en del av minskningen av tilltron till 18-årsgränsen kan förklaras av den relativt dåliga efterlevnaden av åldersgränsen.

Forster m.fl. (2003) fann i sin studie att ungdomar som själva har köpt sina cigaretter oftast är de som ger bort cigaretter till andra ungdomar, d.v.s. de bidrar till att andra ungdomar får tillgång till tobak på icke-kommersiella vägar. I studien pekas sex strategier ut, några mer och några mindre effektiva, för att minska ungdomars tillgång till cigaretter genom icke-kommersiella vägar. De olika strategierna handlar mycket om att försöka påverka både vuxnas och ungdomars inställning till rökning så att rökning blir mindre socialt accepterat och de platser där rökning tillåts blir färre. Vidare kan, menar forskarna, tillhandahållandet av cigaretter genom icke-kommersiella vägar minskas genom att insatser görs för att minska andelen ungdomar och vuxna som röker.

Ett annat område av lagstiftningen som också hör hemma under den här rubriken är förbud mot annonsering av tobaksprodukter. Joossens (2004) har i en rapport slagit fast att förbud mot annonsering av tobaksprodukter tillsammans med andra preventiva insatser i form av t.ex. lagar om rökfria miljöer leder till att rökning blir mindre socialt accepterat i samhället.

En diskussion om vilken effekt rökning i filmer och TV-program har på ungdomars rökvanor har pågått under senare år. Forskare menar att den marknadsföring av tobaksprodukter som sker i filmer och TV-program har en

signifikant betydelse för om ungdomar börjar röka eller inte (Dalton et al., 2003; Distefan et al., 2004; Sargent et al., 2005a; Sargent et al., 2005b). Speciellt gäller det när filmstjärnor, som har en stor beundrarskara bland ungdomar, röker. I USA försöker därför förkämpar för tobakspreventivt arbete få de stora filmbolagen (t.ex. Paramount) att dra ner på rökning i filmer och visa cigarettvarningar i början av de filmer som riktar sig till ungdomar och som innehåller scener där medverkande röker.

Naturligtvis kan även ett anti-tobaksbudskap föras ut med hjälp av massmedia. Statens folkhälsoinstituts sammanställning, gjord av Wallskär (2004), över forskningsrön inom detta område visar att kampanjer i massmedia kan minska rökningen bland ungdomar. Extra framgångsrika blir kampanjer, enligt sammanställningen, om de kombineras med andra tobakspreventiva insatser. Vidare ger kampanjer ett bättre resultat om de är intensiva och håller på under en längre tid.

Tobaksavvänjning

Ytterligare en viktig insats är att erbjuda de som har börjat använda tobak, men som vill sluta, hjälp till detta. Stödet eller hjälpen kan ges på olika sätt men som exempel kan nämnas råd från hälso- och sjukvårdspersonal, olika stödgrupper, sluta röka-linjer samt olika former av nikotinläkemedel. I den forskningsöversikt som Levy m.fl. (2004) har gjort hävdas att sluta röka-hjälp är av betydelse för hur väl rökare lyckas med att sluta röka.

En hjälp för att sluta röka kan vara att använda nikotinläkemedel. Den typen av läkemedel säljs idag enbart på apotek men enligt delbetänkande från en statlig utredning (SOU 2006:15) kommer eventuellt nikotinläkemedel att kunna säljas i vanliga butiker från och med april 2007. Den åldersgräns på 18 år som finns för att få köpa den här typen av läkemedel utan recept föreslås i utredningen även fortsättningsvis få vara kvar.

Kunskap om ungdomars behov av hjälp och tankar runt att sluta röka är enligt en kunskapsöversikt gjord vid Statens folkhälsoinstitut (Sanchez del Mazo, 2005) begränsad. Enligt en engelsk studie (Grimshaw et al., 2003) av ungdomars attityder till och förmåga att sluta röka framgår att en majoritet av rökande ungdomar (82 procent) är optimistiska inför sin förmåga att kunna sluta röka och detta gäller även om de redan har misslyckats med försök att sluta. Kvalitativa data i samma studie visar också att unga rökare som röker regelbundet inte själva ser sig som rökare för all framtid. Vidare framkommer i studien att ungdomar har en bristande kunskap om vilken hjälp som finns att få för att kunna sluta röka.

En amerikansk enkätstudie (Riedel et al., 2002) bland rökande ungdomar i åldrarna 13 till 19 år visar att det skäl som ungdomarna ansåg vara viktigast för

att sluta röka var oro inför den framtida hälsan. Oro för nuvarande hälsan var det näst vanligast skälet.

Nilssons svenska enkätstudie (2005) bland ungdomar i åldrarna 13, 15 samt 17 år visar att år 2003 ville 48 procent av de ungdomar som röker (både ofta/dagligen och de som röker ibland/tillfälligt) sluta röka. 69 procent av de rökande flickorna uppgav att de hade gjort försök att sluta röka, motsvarande andel bland pojkarna var 55 procent. De tyngst vägande skälen till vad som skulle kunna påverka ungdomarna att sluta röka var:

- det är skadligt att röka (54 procent ansåg att det skälet påverkade mycket och 33 procent ansåg att det påverkade en del)
- det är dyrt att röka (53 procent ansåg att det skälet påverkade mycket och 33 procent ansåg att det påverkade en del)
- det luktar illa att röka (34 procent ansåg att det skälet påverkade mycket och 38 procent ansåg att det påverkade en del)
- pappa/mamma vill inte att jag röker (30 procent ansåg att det skälet påverkade mycket och 37 procent ansåg att det påverkade en del).

Enligt en amerikansk forskningsöversikt från 2001 (Backinger & Leischow, 2001) finns det flera olika kännetecken för lyckade försök att sluta röka bland ungdomar. Några av dem är; en yngre ålder, att vara flicka, mindre upplevd stress, olika livsstilsfaktorer som t.ex. att bedöma hälsa som viktig, föräldrar som ogillar rök, föräldrar som själva inte är rökare, få kamrater som röker, kamrater som stödjer ett rökslut och att den som röker har rökt kort tid alternativt få cigaretter per dag. Två andra amerikanska studier (Balch et al., 2004; Vuckovic et al., 2003) i vilka man har genomfört fokusgruppsintervjuer med ungdomar, visar att stöd och hjälp från vänner anses viktigt för att kunna sluta röka.

Information/utbildning

Även den här ”byggstenen” i det tobakspreventiva arbetet har anknytning till Lagstiftning/prispolitik respektive Tobaksavvänjning. Undervisning om tobak i svenska skolor har till den största delen skett inom den så kallade ANT-undervisningen (ANT= Alkohol, Narkotika, Tobak). Den typen av undervisning är till största delen inriktad på att tillhandahålla faktakunskap till barn och ungdomar om riskerna med att använda alkohol, narkotika och tobak. Internationell forskning har visat att den här typen av faktainformation inte är tillräcklig för att få ungdomar att inte använda tobak (Wallskär, 2004). En svensk studie (Rosendahl, et al., 2002) visar emellertid att elever, som före årskurs 5, får en kortare utbildning om farorna med att börja röka har en minskad risk för att börja röka, jämfört med de elever som inte får någon sådan utbildning. Dock saknas till stor del svenska studier som bedömer vilken effekt

undervisning och information har på ungdomars tobaksvanor (Hedin & Källestål, 2002).

Det finns också olika typer av tobaksförebyggande program i skolan som kan innehålla allt från att ta hjälp av olika dataprogram till kontraktskrivande, besök i klassrummet från t.ex. En Rökfri generation etc.

En svensk studie (Nilsson, 2005) visar att unga i dag har goda kunskaper om att rökning kan skada en gravid kvinnas foster, att en tidig tobaksdebut ökar risken för sjukdom, att människor som utsätts för passiv rökning kan få lungcancer samt att huden påverkas. Att t.ex. varannan rökare dör i förtid av rökningen är det färre som vet. Emellertid visar Rosendahl (2005) i sin avhandling bl.a. att den kunskap om tobak som elever i årskurs 6 besitter inte är associerad med framtida användande av tobak. Dock finns en tydlig anknytning mellan tillgång till information och kunskap om tobak.

Förändringar av tobaksprodukter

Då rökningens negativa inverkan på hälsan började uppmärksammas på allvar under 1950-talet försökte tobaksindustrin möta de nya rönen bl.a. genom att lansera filtercigaretten och olika former av light cigaretter (Shiffmann et al., 2001). Forskning har dock visat att den typen av cigaretter inte innebär en minskad risk för t.ex. lungcancer då rökare tenderar att förändra sitt rök beteende (SOU 1990:29). Tvärtom kan beteckningen "light" eller "ultra" få rökare att tro att produkten är mindre farlig än andra cigaretter (Shiffmann et al., 2001). Vidare kan tobaksbolagens lanserande av filter- och lightcigaretter ha inneburit att rökare som kanske skulle ha slutat att röka då tobakens hälsorisker blev alltmer kända inte gjorde det då de fick uppfattningen att den här typen av produkter inte innebar något stort hot mot deras hälsa (Folkhälsoinstitutets tobaksprogram, 1995).

Under tillverkningen av tobaksprodukter tillsätts olika former av ämnen för att förändra smak och arom. Vilka ämnen som tillsätts var fram tills 1994 tobaksindustrins affärshemligheter (Post & Gilljam, 1997). Vidare har nya varianter av tobaksplantor med en lägre tjärbildningsförmåga och ett mindre innehåll av nikotin odlats fram. Det är också möjligt att minska innehållet av hälsofarliga ämnen i tobaksråvaror genom att använda växtbekämpningsmedel med lägre innehåll av kväve (Eriksson, 1979d). Strävan efter att på olika sätt förändra tobaksprodukter för att göra dem mindre hälsofarliga är ett område som EU har visat intresse för. Inför den framtida tobakskontrollen i EU (European Commission & the ASPECT consortium, 2004) finns förslag på ett antal rekommendationer som bl.a. innefattar former för reglering av tobaksprodukter som innebär att det kommer att krävas att det offentliggörs vilka typer av tobak som används i en produkt, hur produkten har bearbetats,

vilka ingredienser som har tillsatts, etc. Vidare rekommenderas att den framtida regleringen av vilka ingredienser som tillsätts i tobaksprodukter ska grunda sig på principerna att de ämnen som ingår inte är giftiga, inte förstärker en tobaksprodukts beroendeframkallande verkan och inte gör produkten mer lockande.

Nationella aktörer i det tobakspreventiva arbetet

I Sverige tas nationella beslut om tobak av riksdagen. På en central nivå finns också Statens folkhälsoinstitut som spelar en viktig roll genom att samordna regionala insatser, utbilda i tobaksfrågor, fungera som ett kunskapscentrum, ta fram informationsmaterial, etc. Enligt tobakslagen har Statens folkhälsoinstitut tillsammans med Arbetsmiljöverket och Konsumentombudsmannen på central nivå differentierade ansvarsområden för att tobakslagen följs. På länsnivå har respektive länsstyrelse ett ansvar över bestämda delar av tobakslagen. Inom respektive kommun är det den nämnd som kommunstyrelsen valt som skall utöva tillsyn över att 18-årsgränsen följs. Även inom landstingen bedrivs tobakspreventivt arbete. På central nivå finns också andra aktörer såsom t.ex. Skolverket som kan ha tillsyn över hur kommunerna arbetar med bl.a. tobaksfrågor i skolan.

Två ideella organisationer som bedriver ett arbete mot användandet av tobak är VISIR — Vi Som Inte Röker — och En Rökfri Generation. VISIR, som bildades 1974, är ett politiskt obundet riksförbund som arbetar aktivt för ett rökfritt samhälle. En Rökfri Generation är en politiskt och religiöst obunden stiftelse som bildades 1979 och som arbetar för att barn och ungdomar aldrig ska börja använda tobak. En Rökfri Generation har genomfört flera kampanjer som har fått mycket stor uppmärksamhet. Exempel på sådana kampanjer är (En Rökfri Generation, 2006):

”Welcome to Marlboro county” en kampanj från 1994 som anges som en av pådrivarna till att tobakslagen antogs av riksdagen 1994.

”Väldtagen av en Prince” En kampanj från 1995 med målet att skapa uppmärksamhet kring unga kvinnor och rökning och tobaksindustrins sätt att rekrytera nya rökare. Vidare önskade organisationen visa att de tar strid mot tobaksindustrin.

”Varför?” Detta var en kampanj från år 1996 med syfte att skapa debatt i media om tobakens skadeverkningar och att få till en skärpning av tobakslagen. Under hösten samma år fattade riksdagen beslut om att införa en åldersgräns vid tobaksköp.

Andra föreningar som utför ett viktigt arbete mot användandet av tobak är t.ex. Hjärt-Lungfonden, Cancerfonden samt Riksförbundet mot astma och allergi. Dessutom finns också olika yrkesföreningar mot tobak; t.ex. läkare mot tobak,

tandvård mot tobak, sjuksköterskor mot tobak, lärare mot tobak samt farmaci mot tobak (Pellmer & Wramner, 1997).

Internationella aktörer i det tobakspreventiva arbetet

WHO har sedan 1974 antagit flera beslut om insatser mot användandet av tobak i medlemsländerna (Folkhälsoinstitutet, 1999). Ett sådant exempel är Ottawamanifestet (1986) som varit ett viktigt dokument för ”the new public health” där skapandet av stödande miljöer, utvecklandet av en hälsosam allmänpolitik, stärkandet av det lokala arbetet för hälsa, utvecklandet av människors färdigheter samt en omorientering av sjukvårdens arbete i riktning mot förebyggande arbete varit några av syftena. Ottawamanifestet följdes senare av Jakartarapporten (1997) där fem prioriterade områden identifierades. Dessa var: främjande av ett socialt ansvar för hälsa, ökade satsningar på investeringar i hälsa, utvidgande av partnerskap för hälsofrämjande arbete, ökande av samhällets möjligheter att ge människor mer makt samt säkrande av en infrastruktur för folkhälsoarbetet. Detta arbete följdes sedan av Adelaiderekommendationerna (1988) och en global konferens i Mexico (2000). En av WHO:s största och viktigaste insatser mot tobaksbruket är ramkonvention (the Framework Convention on Tobacco Control) om tobak.

WHO står också bakom en tobaksfri dag som årligen arrangeras över hela världen. År 2006 ägnades den dagen åt passiv rökning. Med hjälp av WHO drivs även olika forskningsprojekt med syfte att skapa en värld fri från tobaksrelaterad sjukdom och död. WHO står även som utgivare av ett flertal böcker (t.ex. Roemer, 1993; Samet, et al., 2001; Shafey et al., 2003) vars innehåll kan användas som stöd för personer och organisationer i världens länder i det tobakspreventiva arbetet.

Det tobakspreventiva arbetet i Sverige har också påverkats av mål 4 om ungdomars hälsa i WHO:s ”Hälsa för alla på 2000-talet” (World Health Organization, 1998). Målet innebär att till år 2020 skall ”ungdomar i europearegionen ha en bättre hälsa och vara bättre rustade för att kunna fullgöra sina uppgifter i samhället.” Ett delmål är att andelen unga med riskbeteenden såsom t.ex. användning av tobak skall minskas betydligt. Tobak tas även upp under mål 12, i vilket det skrivs att till år 2015 skall skadeverkningarna från beroendeframkallande substanser som t.ex. tobak ha minskat markant i samtliga medlemsstater. Som ett särskilt delmål till mål 12 finns angivet att andelen rökfria skall vara minst 80 procent bland den vuxna befolkningen och nära 100 procent bland dem som är under 18 år.

Det tobakspreventiva arbetet i Sverige påverkas också av EU. 1986 startade ”Europe Against Cancer” (Folkhälsoinstitutet, 1999) som på olika sätt bl.a. verkar inom det tobakspreventiva arbetet. När detta programområde bildades

hade ännu inte folkhälsan definierats som ett gemensamt intresseområde inom EU. I artikel 129 i Maastrichtfördraget (fördraget trädde i kraft i november 1993) står att läsa att gemenskapens insatser ska inriktas på att förebygga sjukdomar, inbegripet narkotikamissbruk, genom att främja forskning om sjukdomarnas orsaker och överföring samt hälsouppläsning och hälsoundervisning. Denna målsättning skärptes sedan i Amsterdamfördragets (trädde i kraft i maj 1999), artikel 152, till att ”en hög nivå av skydd för hälsan skall säkras när man beslutar och genomför alla gemenskapens policies och aktiviteter”. År 2002 antogs ett nytt program för gemenskapsåtgärder inom folkhälsoområde. Det nya programmet löper från år 2003 till 2008 (Europaparlamentet, 2002). I programmet betonas ett fortsatt behov av att utveckla en övergripande strategi mot tobakskonsumtionen. Vidare uppmanade rådet kommissionen att sträva efter att stärka samarbetet mellan hälsopolitiken och andra politiska områden.

Det finns fyra olika större områden inom EU som innehåller direktiv etc. som på olika sätt påverkar den tobakskontroll som bedrivs inom EU. De olika områdena är: jordbruk, beskattning, folkhälsa samt mer indirekt arbetsmiljö.

Inom EU bedrivs också olika tobakspreventiva projekt. Ett sådant exempel är EU-DAP-projektet (Stockholms läns landsting, 2006) som är en utvärdering av ett europeiskt program med syfte att förebygga alkohol, drog och tobaksanvändning hos ungdomar. Sju EU-länder ingår i projektet och i den svenska delen ingår 23 högstadieskolor i Stockholm. En EU-kampanj mot rökning är ”HELP”. Kampanjen ska pågå till 2008 och kostar 72 miljoner Euro. Aktiviteter i HELP är en utställning som turnerar runt i EU-ländernas huvudstäder, reklamkampanjer på TV och bio etc.

Det finns också ett europeiskt nätverk för personer som arbetar med tobaksprevention bland ungdomar, ENYPAT. Nätverket strävar efter att minska tobaksrökning bland ungdomar med hjälp av informationsutbyte mellan representanter för medlemsländer. ENYPAT driver också egna projekt som t.ex. en Smokefree Class Competition och ungdomskonferenser. Ett annat exempel på nätverk inom det här området är the European Network for Smoking Prevention (ENSP).

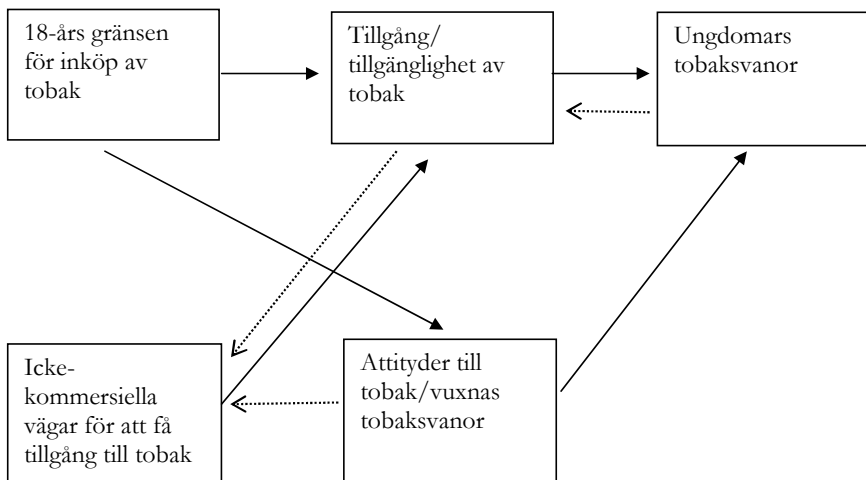
Dessutom har EU gett ut flera böcker inom tobaksområdet varav boken ”Tobacco or Health in the European Union. Past, present and future” (European Commission, & The ASPECT consortium, 2004) kan nämnas.

Inom EU finns också flera regler för hur varningstexter på tobaksprodukter skall formuleras, reklamförbud mot tobak, gränsvärden för t.ex. hur mycket tjära cigaretter får innehålla etc. Det finns också ett beslut sedan år 1992 som innebär att det är förbjudet att sälja snus inom hela unionen (Sverige undantaget). Förbudet gäller emellertid enbart snus och inte andra former av rökfri tobak som t.ex. tuggtobak.

Nämnas bör dock att den hälsofrämjande politik inom tobaksområdet som bedrivs inom EU och som beskrivits ovan i vissa delar är motsägelsefull eftersom odlandet av tobak också är en del av den europeiska jordbrukspolitiken vilket innebär att tobaksodlare kan erhålla ekonomiska bidrag för detta.

Ungdomars tobaksbruk – en modell

Utifrån kunskap från tidigare forskning har nedanstående modell använts som stöd vid analys och tolkning av de resultat som presenteras i de olika studier som gjorts inom ramen för denna avhandling. Det finns dock ett flertal andra faktorer som också inverkar på ungdomars tobaksvanor t.ex. prissättning på tobak, marknadsföring av tobaksprodukter och förekomsten av tobaksfria miljöer. Av central betydelse för avhandlingen har följande faktorer varit:



Figur 5. Modell för åldersgränsens eventuella inverkan på ungdomars tobaksvanor.

I det följande avsnittet kommer en kort och sammanfattande beskrivning att ges över antaganden bakom modellen.

Attityder till tobak/vuxnas tobaksvanor

Åldersgränsen för inköp av tobak och andra typer av tobakspreventiva insatser har sannolikt inverkan på vilka attityder till tobak som finns hos både barn, ungdomar och vuxna. Willemsen och Zwart (1999) menar att en åldersgräns kan vara en signal till allmänheten att rökning är så skadligt att en åldersgräns är en nödvändig åtgärd. Stjerna m.fl. (2004) påvisar med hjälp av en kvalitativ studie att ungdomar upplever rökning i tonåren och i vuxenlivet som två olika fenomen. Ett problem är, poängterar Stjerna m.fl., att de största riskerna med rökning påvisas i vuxenlivet vilket inte nödvändigtvis gör att ungdomar

upplever rökning som ett hot mot ungdomars hälsa. En av förhoppningarna med införandet av den svenska åldersgränsen var för övrigt att den skulle påverka de normer och attityder som finns om användandet av tobak. I en forskningsöversikt gjord vid Statens folkhälsoinstitut (Wallskär, 2004) hävdas att om barn och ungdomar får leva i ett samhälle där normen är tobaksfriet och där användandet av tobak inte är en naturlig del i samhället så minskar risken att barn och ungdomar börjar röka eller snusa. Två andra svenska studier visar att speciellt föräldrars rökvanor och attityder till att använda tobak, påverkar barnens rökvanor på så sätt att barn som har föräldrar som röker oftare själva börjar röka jämfört med barn som har föräldrar som inte röker (Marklund, 1989; Nilsson, 2005). Rosendahl m.fl. (2003) visar i en studie av föräldrars rök- och snusvanor att pappors snusande är associerade med en ökad risk för att sönerna ska börja snusa. Instiftandet av åldersgränsen, liksom liknande typer av lagar, kräver dock ett visst mått av uppslutning kring de normer och attityder som lagen förmedlar för att den överhuvudtaget ska vara möjlig att införa. Kan attityder till ungdomar och deras användande av tobak förändras så att människor i allmänhet anser att lagen är viktig för att förhindra att minderåriga får köpa tobak kan efterlevnaden av den troligen förbättras avsevärt. Amerikanska forskare (Feighery et al., 1991) menar att de dokumenterade bristerna i efterlevnaden av en åldersgräns för försäljning av tobak till minderåriga kan leda till ett ökat stöd bland befolkningen för en mer effektiv gräns. Att minska andelen rökare bland de vuxna är viktigt därför att det innebär att andelen rökande förebilder minskar (Lantz et al., 2000).

Tillgång/tillgänglighet av tobak

Tanken är att åldersgränsen ska påverka ungdomars tillgång till tobak. Då svensk forskning av åldersgränsens inverkan på ungdomars tobaksvanor är begränsad kan det vara intressant att ta del av svensk forskning som gjorts om hur ungdomars alkoholvanor påverkas av tillgänglighet (Nilsson, 1984). En studie av följderna av förbudet att sälja mellanöl i livsmedelsaffärer visar att förbudet fick till följd att ungdomarnas totala alkoholkonsumtion minskade (åtminstone under de närmaste åren efter förbudet). Nilssons resultat får stöd av amerikansk forskning, sammanfattad av Andréasson (2002), om åldersgränsens betydelse för alkoholkonsumtion bland ungdomar. I Tobaksprogrammets (Folkhälsoinstitutets tobaksprogram, 1995) står att läsa att minskad tillgänglighet av tobak är ett av de viktigaste inslagen i ett åtgärdsprogram för att uppnå ett minskat tobaksbruk. Vidare menar Folkhälsoinstitutet att tillgängligheten bestäms av flera faktorer; röker någon i familjen, priset på tobaksvaror, antalet ställen där rökning är tillåtet, antalet platser som säljer tobak samt andra restriktioner för marknadsföring såsom t.ex. en åldersgräns. Lantz m.fl. (2000) har i en översiktsartikel över tidigare genomförd forskning angående tobaksprevention bland ungdomar kommit fram till att en höjning av tobaksskatten med dyrare cigaretter som följd försvårar för ungdomar att köpa cigaretter då ungdomar anses vara mer

priskänsliga än vuxna. Vidare innebär dyrare tobak att ungdomar får färre cigaretter av vänner och familj.

I USA fanns det en idé i början av 1990-talet om att ungdomars rökvanor skulle kunna minskas genom att begränsa den kommersiella tillgången till cigaretter. Detta gjorde att mycket av intresset för tobaksprevention riktades mot just ungdomars tillgång till tobak. 1992 antogs därför en federal lag som innebar att en åldersgräns för inköp av tobak infördes (DiFranza & Dussault, 2005). Den här lagen benämns som ”the Synar Amendment” efter den man, Mike Synar, som var medlem i det amerikanska representanthuset, och den person som sponsrade lagen (DiFranza & Godshall, 1996). Under efterföljande år har ”the Synar Amendment” utökats och nu innehåller den:

- lagstiftning. Samtliga delstater måste ha en lagstiftning som förbjuder affärer att sälja tobak till personer under 18 år
- provinköpsstudier. De olika delstaterna måste genomföra årliga provinköp. Provinköpen skall utföras enligt vissa förutbestämda regler
- det skall genomföras årliga, slumpvisa inspektioner i affärer som säljer tobak för att kontrollera att de följer lagen. Affärer som inte följer lagen ska bötfällas
- delstater måste uppnå förutbestämda mål för hur väl åldersgränsen skall efterlevas.

Icke-kommersiella vägar för ungdomar att få tillgång till tobak

Den andra möjligheten för ungdomar att tillförskaffa sig tobak är genom icke-kommersiella vägar. Exempel på ungdomars icke-kommersiella vägar att få tillgång till tobak är att köpa eller få från kamrater, att be t.ex. äldre syskon att köpa, att föräldrar eller andra vuxna köper tobak åt ungdomar eller att ungdomar stjälar tobak från andra eller från affärer. En del av den forskning som har bedrivits om vad en åldersgräns betyder för ungdomars möjlighet att köpa tobak har också berört ungdomars möjlighet att få tillgång till tobak genom icke-kommersiella vägar.

Flera studier, både från vårt eget land (Hagquist et al., 2004; Sundh & Hagquist, 2005) och andra länder (DiFranza & Coleman, 2001; Forster et al., 2003), visar att vid en väl fungerande åldersgräns ökar försöken att införskaffa tobak genom icke-kommersiella vägar. Detta är ett oönskat resultat av åldersgränsen och ett fenomen som bekräftas av både svensk och internationell forskning (Cummings et al., 2003; Forster et al., 2003; Rimpelä & Rainio, 2004; Sundh & Hagquist, 2005).

Hur kan efterlevnaden av åldersgränser förbättras?

Intressant och lärorikt är att studera hur andra länder lyckats förbättra efterlevnaden av åldersgränsen. DiFranza redovisar i sin forskningsöversikt (2005) bl.a. resultat av studier från USA som beskriver vad som gjorts för att förbättra efterlevnaden av åldersgränsen och vilka följder insatserna fått. Under slutet av 1980-talet och i början av 1990-talet gjordes försök att få handlare att följa lagen genom att informera och utbilda, genom att producera och dela ut informationsmaterial och genom att göra personliga besök hos detaljister som sålde tobak. Utvärderingar av detta visar att insatser av det här slaget inte har någon eller mycket liten effekt på efterlevnaden (Altman et al., 1991). Nästa försök för att få handlare att sluta sälja tobak till minderåriga var därför att se över lagtexten. Lagtexten var från början mycket knapphändig och den skrevs därför om. Förändringarna av lagen innebar att tobakshandlare var tvungna att ha en licens för att få sälja tobak och den licensen kunde dras tillbaka vid lagöverträdelser. Vidare infördes bestämmelser om att skyltar med information om åldersgränsen skulle finnas, särskilda regler för tobaksautomater infördes och möjligheten att utdöma böter för handlare som inte följde lagen infördes. Inte heller de här insatserna hade dock någon större effekt på efterlevnaden (DiFranza, 2005). Nästa steg för att förbättra efterlevnaden av åldersgränsen var att aktivt kontrollera att handlare följde lagen genom regelbundna provinköp; genom att genomföra utbildningar och återbesök hos de handlare som fortsatte att sälja tobak till minderåriga; samt genom att utdöma straff till de handlare som inte följde lagen. Med det här arbetssättet kunde andelen handlare som sålde tobak till minderåriga minskas.

Påverkar åldersgränsen ungdomars tobaksvanor?

Frågan om, och i så fall i vilken utsträckning, en åldersgräns påverkar ungdomars tobaksvanor är svår att besvara vilket delvis kan förklaras av att efterlevnaden av åldersgränsen måste vara mycket god innan någon effekt på ungdomars tobaksvanor kan fås (Lantz et al., 2000; Rimpelä & Rainio, 2004; Stead & Lancaster, 2000). En viktig aspekt som har diskuterats (Cummings et al., 2003; DiFranza & Coleman, 2001; Rigotti, 1999) är därför vilken den kritiska gränsen är för hur väl en åldersgräns måste efterlevas för att den ska ge effekt på ungdomars rökvanor. Enligt antaganden från amerikanska forskare tycks det som om den kritiska gränsen ligger någonstans mellan 80 och 90 procent (DiFranza, 2005; Rigotti, 1999). Det vill säga att efterlevnaden från handlarna måste vara så pass god att den åtminstone, som ett minimum, medför att åtta av tio minderåriga som försöker köpa cigaretter stoppas. Lyckas inte ungdomars tillgång till cigaretter minskas tillräckligt på grund av dålig efterlevnad av åldersgränsen är det svårt att besvara frågan om en åldersgräns påverkar ungdomars tobaksvanor eller inte (Cummings et al., 2003; DiFranza, 2005). Om mätmetoderna är dåliga kan man inte heller avgöra om

lagstiftningen är verksam. Ett observandum kan vara att mycket av den internationella forskning som presenteras till största delen har studerat åldersgränsens inverkan på ungdomars rökvanor. Dock tycks det sannolikt att åldersgränsen, om den har någon effekt på rökvanor, även torde ha effekt på snusvanor.

Ytterligare en faktor att ta med i beräkningen som DiFranza (2005) pekar på är förhållandet att även om efterlevnaden i två regioner, enligt resultat från provinköpsstudier, visar att det är lika svårt eller lätt för minderåriga att köpa cigaretter så kan ungdomar ändå uppleva en väldig skillnad i deras möjligheter att köpa cigaretter i affärer. Forster m.fl. (1997) hävdar att om inte efterlevnaden är tillräckligt god i en kommun kommer en ökning av efterlevnaden hos ett antal handlare endast få den effekten att det blir en koncentration av försäljning av tobak till minderåriga hos de handlare som inte följer lagen. Vidare spelar antalet platser där tobak säljs också in på vilken effekt efterlevnaden av åldersgränsen har (DiFranza, 2005).

Att systembolagens 20-årsgräns, som tycks efterlevas relativt väl vid en jämförelse med åldersgränsen för inköp av tobak, är viktig för att hålla nere ungdomars konsumtion av alkohol tycks inte vara ifrågasatt. I en forskningsöversikt (Wallin, 2005) slås fast att det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att olika policystrategier såsom t.ex. en åldersgräns har betydelse för att förebygga alkoholrelaterade problem. Att förhållandet mellan alkoholens tillgänglighet och konsumtionen hos ungdomar skulle kunna gälla även för tobakens tillgänglighet och konsumtion bland ungdomar är sannolikt.

Avhandlingens syfte, metod och resultat

Detta kapitel ger en överblick av avhandlingens syfte och de fem delstudier som ingår.

Avhandlingens syfte

Det övergripande syftet med avhandlingen var att studera om den svenska åldersgränsen för inköp av tobak påverkat ungdomars möjligheter att köpa tobak. Att bidra med kunskap om detta är viktigt då det finns ytterst få studier av hur en åldersgräns för inköp av tobak fungerar i skandinaviska länder och i Sverige har jag inte funnit någon ytterligare. De studier som har genomförts av åldersgränsens betydelse för ungdomars möjlighet att köpa cigaretter har framförallt genomförts i USA, Kanada och Australien.

Avhandlingens delsyften

Förutom det övergripande syftet med avhandlingen har det funnits flera delsyften:

- att studera om efterlevnaden av åldersgränsen för inköp av tobak, efter införandet av en åldersgräns, förändras över tid
- att studera hur efterlevnaden av åldersgränsen för inköp av tobak kan förbättras
- att belysa regionala skillnader i ungdomars möjlighet att köpa tobak
- att studera ungdomars attityder till 18-årsgränsen för inköp av tobak
- att vidareutveckla metoder för att följa efterlevnaden av 18-årsgränsen för inköp av tobak.

För att underlätta den fortsatta läsningen ges i tabell 1 en kortfattad beskrivning av de olika delstudier som ingår i avhandlingen.

Tabell 1. En beskrivning av de olika delarbeten som ingår i anhandlingens.

Delarbete	Syfte	Metod	Beskrivning av data
I. The importance of a minimum age law for the possibility of purchase of tobacco by adolescents: a study based on Swedish experiences	Att belysa och jämföra ungdomars möjlighet att köpa tobak innan respektive efter att en åldersgräns på 18 år införts. Samt att studera vad som utmärker de situationer när ungdomar får respektive inte får köpa tobak.	Provinköp av tobak	1996 genomfördes 750 provinköp av tobak med hjälp av 12 minderåriga ungdomar i Malmö stad, Värmlands län och Västernorrlands län. Av dessa utfördes totalt 214 provinköp i affärer med en frivillig åldersgräns. 1999 genomfördes ytterligare 750 provinköp av tobak med hjälp av 12 ungdomar i åldrarna 18-20 år i samma regioner som 1996. Provinköpen genomfördes i samtliga typer av affärer som säljer tobak.
II. Effects of a minimum-age tobacco law –Swedish experience	Att studera ungdomars egen uppfattning av deras möjlighet att köpa tobak och hur de uppfattar att 18-årsgränsen påverkar deras möjligheter att köpa eller på annat sätt införskaffa tobak. Samt att studera ungdomars attityder till åldersgränsen för inköp av tobak.	Enkätstudie	1996 och 2000 fick samtliga elever i årskurs 7 och 9 samt årskurs 2 i gymnasiet i Malmö stad, Värmlands län samt Västernorrlands län besvara en enkät. Tillsammans har totalt cirka 41 600 elever besvarat enkäten 1996 och 2000. Knapp 900 elever 1996 och ytterligare 800 elever år 2000 ombads dessutom att besvara en extra, öppen fråga om deras inställning till 18-årsgränsen.
III. Compliance with a minimum-age law of 18 for the purchase of tobacco – the case of Sweden	Att studera hur efterlevnaden av 18-årsgränsen för inköp av tobak förändras över tid samt att studera vilka faktorer i provinköpsituationen som påverkar ungdomars möjligheter, att trots åldersgränsen, få köpa cigaretter.	Provinköp av tobak	1996, 1999 och 2002 genomfördes totalt 750 provinköp per år av tobak i samma regioner som i tidigare studier. I de analyser som redovisas ingår endast data från provinköp av cigaretter vilket gör att totalt ingår 1 867 provinköp (även vissa andra provinköp har utelutits av olika anledningar som beskrivs i artikeln). År 1996 medverkade 12 ungdomar i åldrarna 14-17 år, 1999 medverkade också 12 ungdomar i åldrarna 18-20 år och 2002 medverkade även då 12 ungdomar i åldrarna 18-20 år.
IV. Does a minimum-age law for purchasing tobacco make any difference? – Swedish experiences over eight years	Att belysa eventuella förändringar i ungdomars möjlighet att köpa tobak under perioden 1996-2005. Vidare var syftet att belysa regionala skillnader i ungdomars möjlighet att köpa tobak under samma period samt att belysa eventuella samband mellan myndigheters insatser och efterlevnaden av 18-årsgränsen.	Provinköp av tobak samt telefonintervjuer	1996, 1999 och 2002 genomfördes totalt 750 provinköp per år av tobak i samma regioner som tidigare studier. 2005 genomfördes totalt 900 provinköp av tobak. Totalt har 48 ungdomar medverkat som provinköpare. I de analyser som redovisas ingår för år 1996 endast data från provinköp i affärer med en frivillig åldersgräns. För vissa analyser görs också andra begränsningar med tanke på t.ex. ungdomarnas bedömda ålder. 28 strukturerade telefonintervjuer genomfördes år 2005 i samma tre regioner som provinköp genomfördes i.
V. Smoking habits before and after the introduction of a minimum-age law for tobacco purchase – analysis of data on adolescents from three regions of Sweden	Att analysera förändringar i rökvanor bland ungdomar i tre regioner i Sverige efter införandet av en 18-årsgräns för inköp av tobak.	Enkätstudie	1996, 2000 och 2005 fick elever i årskurs 7 och 9 i samma regioner som i tidigare studier besvara en enkät med frågor om bl.a. elevernas rökvanor. Totalt har 43 857 elever besvarat enkäten. Artikeln behandlas endast rökvanor då elevers snusvanor kommer att behandlas i en separat artikel.

Artiklarnas syfte, metoder och resultat

I det följande avsnittet redovisas syfte, metod och resultat för de studier som ingår i avhandlingen. För en diskussion av de resultat som presenteras i respektive artikel hänvisas till respektive arbete.

Artikel I

Syftet med artikel I är att:

- belysa och jämföra ungdomars möjlighet att köpa tobak innan respektive efter att en åldersgräns på 18 år införts
- studera vad som utmärker de situationer när ungdomar får respektive inte får köpa tobak

Metod

Undersökningen omfattar 750 provinköp av tobak som genomfördes i oktober-november 1996, d.v.s. året innan lagen om åldersgräns för tobak infördes samt 750 provinköp som genomfördes i mars 1999, två år efter införandet av åldersgränsen. Provinköpen genomfördes i tre svenska regioner: Värmlands län, Västernorrlands län och Malmö stad.

I respektive region medverkade fyra ungdomar (två pojkar och två flickor) som provinköpare. År 1996 var de provinköpare som medverkade mellan 14 och 17 år. Rekryteringen av ungdomarna ägde rum med hjälp av ideella föreningar. Innan ungdomarna fick medverka som provinköpare fick de genomgå en kortare utbildning och det krävdes också ett skriftligt medgivande från deras föräldrar då de var omyndiga.

Även 1999 var det två pojkar och två flickor som medverkade som provinköpare i respektive region. Dock förändrades urvalet (jämfört med 1996) av de ungdomar som medverkade eftersom det efter 18-årslagens ikraftträdande inte var förenligt med svensk lagstiftning att använda minderåriga provinköpare. Provinköpare rekryterades genom att anslag sattes upp på gymnasieskolor i Malmö, Värmland och Västernorrland. Intresserade ungdomar som var 18 år eller äldre uppmanades att skriftligt anmäla sitt intresse och de fick sedan vid ett tillfälle träffa en referensgrupp bestående av en polis, en gymnasielärare, en skolsköterska, en kassörskas och en dörrvakt. Vid mötet mellan referensgruppen och ungdomarna gjordes en skattning eller bedömning av ungdomarnas ålder. Referensgruppens medlemmar gjorde sin bedömning skriftligt var och en för sig. Därefter utsågs, i varje region, de två flickor respektive pojkar som såg yngst ut. Innan genomförandet av provinköpen startades fick provinköparna en kortare utbildning i hur de skulle hantera olika situationer som kunde tänkas uppstå under provinköpen. Något medgivande från ungdomarnas föräldrar krävdes inte 1999 då ungdomarna var myndiga. De

provinköpare som medverkade 1999 var i åldrarna 18-20 år men de hade en bedömd eller skattad ålder som varierade mellan 16,5 till 20 år.

Varje enskilt provinköp 1996 och 1999 har genomförts på följande vis. Den för provinköpet ansvarige, koordinatören, har valt ut de affärer i vilka provinköpen har ägt rum. Inom varje region har försök till inköp skett under vardagar, på olika orter och hos varierande typer av detaljister. Då det var för litet antal provinköpare för att genomföra provinköp i samtliga kommuner (respektive stadsdelar i Malmö) har koordinatören valt ut vilka kommuner/stadsdelar som skulle besökas för att genomföra provinköp. Det saknades fullständiga register över vilka affärer som sålde tobak men målsättningen har varit att besöka samtliga affärer som sålde tobak inom de kommuner respektive stadsdelar där provinköp har genomförts. Koordinatören och de ungdomar som medverkade som provinköpare har förflyttat sig med bil inom respektive region. De enskilda affärerna har varken i förväg eller i efterhand varit informerade om att provinköp har ägt rum. En av de medverkande ungdomarna har ensam fått gå in och genomföra ett provinköp av en tobaksprodukt som han eller hon själv valt. Pengar har han eller hon fått i förväg. Ungdomarna tilläts inte ha legitimation med sig vid provinköpen. När ungdomarna var inne i affären för att göra sina provinköp har de enligt instruktioner varit uppmärksamma på flera viktiga förhållanden. Vilken typ av inköpsplats var han eller hon inne i? Var expediten en man eller kvinna och hur gammal uppskattade han eller hon att expediten var? Frågade expediten efter legitimation eller ålder och vad svarade provinköparen i så fall? Var det kö i den kassa som de gjorde sina inköp i? Efter varje provinköp har ungdomarna fått redovisa sitt provinköp genom att fylla i en checklista med frågor av typen som beskrivits ovan. Koordinatören har funnits med utanför varje detaljist. Om provinköpet slutat med köp av tobak har koordinatören tagit hand om tobaken direkt efter avslutat provinköp. De ungdomar som medverkat som provinköpare har fått en mindre ekonomisk kompensation för arbetet. Inköpt tobak har förstörts efter provinköpsstudierna.

Data från provinköpen 1996, d.v.s. innan åldersgränsen infördes, har delats in i två grupper beroende av om provinköpen genomfördes i affärer med frivillig åldersgräns eller inte. 214 av provinköpen genomfördes i affärer med frivillig åldersgräns respektive 536 provinköp i affärer utan frivillig åldersgräns.

Data från provinköpen 1999 har analyserats med beaktande av den skattade åldern på de ungdomar som medverkade som provinköpare. Provinköparnas ålder var i några fall problematisk p.g.a. att det i två regioner inte var möjligt att välja ut provinköpare som hade en median av den skattade åldern som var under 18 år. Skälet till detta var att det kom för få ungdomar till träffen med referensgruppen vilket gjorde att det inte fanns ett tillräckligt antal att välja mellan. I resultatredovisningen presenterades därför provinköpen för två grupper beroende av provinköparnas bedömda ålder. Den ena av grupperna bestod av provinköp gjorda av provinköpare med en median av den skattade åldern av under 18 år. Den andra gruppen bestod av de provinköp som gjordes

av provinköpare med en median av den skattade åldern av 18 år eller äldre. I båda grupperna genomfördes 375 provinköp.

Data från provinköpen har analyserats med tabellanalyser. Skillnaderna i utfallet av provinköpen med avseende på undersökningsår, provinköparnas kön, vilken typ av affär som provinköpen är genomförda i, typ av tobak som provinköparen försökte köpa samt om provinköparen fick en fråga om ålder eller legitimation har testats med hjälp av z-test (Kanji, 1993).

Resultat

1996 slutade 91 procent av samtliga provinköp med att de medverkande ungdomarna fick köpa tobak (85 procent i affärer med en frivillig åldersgräns respektive 94 procent i affärer utan frivillig åldersgräns). År 1999 d.v.s. efter att 18-årsgränsen infördes slutade 72 procent av provinköpen med köp av provinköp genomförda av ungdomar med en median av den bedömda åldern av under 18 år. En jämförelse av resultaten från 1996 respektive 1999 visar att det har blivit svårare för de ungdomar som medverkade att få köpa tobak efter införandet av åldersgränsen. Avgörande för om de medverkande ungdomarna fick köpa tobak eller inte vid de provinköp som genomfördes 1999 var om en ålderskontroll ägde rum. Fick provinköparna en fråga om legitimation var det ovanligt att de fick köpa tobak. Anmärkningsvärt var att provinköparna år 1999 uppmanades att visa legitimation vid endast 22 procent av samtliga försök. Frågan om legitimation ställdes oftare till de ungdomar som hade en bedömd ålder av under 18 år (median av den bedömda ålder) jämfört med gruppen av ungdomar som hade en högre skattad ålder. I gruppen av provinköpare med en median av den skattade åldern av under 18 år uppmanades ungdomarna att visa legitimation vid 34 procent av provinköpen. Detta kan jämföras med att bland gruppen av provinköpare med en median av den skattade åldern på 18 år eller äldre uppmanades ungdomarna att visa legitimation vid 10 procent av provinköpen.

Artikel II

Syftet med artikel II är att öka förståelsen för tobaksprevention genom att studera:

- ungdomars egen uppfattning av deras möjlighet att köpa tobak och hur ungdomar själva bedömer att 18-årsgränsen påverkar deras möjligheter att köpa eller anskaffa tobak på annat vis
- ungdomars attityder till åldersgränsen för inköp av tobak

Metod

Studien bygger på data från en enkätundersökning som genomfördes 1996 och 2000 bland samtliga elever i årskurserna 7 och 9 i grundskolan samt årskurs 2 i

gymnasiet i Malmö stad, Värmlands län samt Västernorrlands län. Totalt ingick 24 797 elever år 1996 och 26 099 elever år 2000 i studiens undersökningspopulation.

År 1996 besvarade totalt 20 130 elever enkäten vilket innebär ett bortfall på 18.8 procent. 21 492 elever besvarade enkäten år 2000 vilket innebär ett bortfall på 20.4 procent. Bortfallet berodde dels på att vissa skolor och enskilda klasser inte deltog i undersökningen dels på att enskilda elever av olika anledningar inte besvarade enkäten.

Av samtliga elever som fick enkäten var det år 1996 totalt 897 elever som fick en extra, öppen fråga om ungdomars inställning till 18-årsgränsen vilken besvarades av 731 elever (bortfallet var 18.5 procent). År 2000 var det 820 elever som fick en extra, öppen fråga och av dem har 662 besvarat frågan (bortfallet var 19.3 procent). Urvalet av vilka som fick frågan om ungdomars inställning till 18-årsgränsen gjordes genom att enskilda klasser, i vilka alla elever fick den extra frågan, slumpmässigt valdes ut. De elever som medverkade har besvarat enkäten anonymt och deras deltagande har varit frivilligt.

I den enkät som användes i studien fanns förutom frågor om tobak även frågor om alkohol, narkotika, hälsa, familjeförhållanden etc. De frågor som användes i enkäten har hämtats från andra etablerade frågeformulär, såväl svenska som finländska. Frågorna och svarsalternativen var i stort sett identiska 1996 och 2000 förutom att frågorna om inställningen till åldersgränsen för att få köpa tobak modifierats något så att formuleringen i frågan stämde överens med om åldersgränsen var införd (2000) respektive skulle komma att införas (1996). De besvarade frågeformulären registrerades med optisk inläsning.

Analyserna av data har gjorts med hjälp av tabellanalyser i vilka bl.a. olika grupperingar av individer har jämförts. Exempel på sådana grupper är kön, olika åldersgrupper och rökare respektive icke-rökare. Eventuella skillnader mellan grupperna har signifikanstestats med hjälp av z-tester (Kanji, 1993). Svaren på den extra frågan om elevernas inställning till åldersgränsen, som ett begränsat urval av elever fick, har sammanställts genom att elevernas svar har delats in i två huvudgrupper. Den ena huvudgruppen handlade om åldersgränsens effekt på inköp eller införskaffande av tobaksvaror. Den andra huvudgruppen handlade om vem som ska bestämma över ungdomarnas tobaksvanor, de själva eller de vuxna. Dessutom klassificerades svaren i varje grupp efter om svaren var positiva eller negativa till åldersgränsen. Svaren har sedan använts som illustrativa exempel i artikeln.

Resultat

Sammanfattningsvis visar resultaten att andelen ungdomar som svarar att det är lätt för ungdomar (rökare och snusare) i deras ålder att köpa tobak har minskat i samtliga tre åldersgrupper sedan 18-årsgränsen infördes. Vidare visar resultaten

att andelen ungdomar som köpt tobak från affärer under den senaste månaden har minskat sedan åldersgränsen infördes (minskningen är emellertid inte signifikant i samtliga åldersgrupper). Dock har andelen elever som har köpt tobak från vännar ökat från 1996 till 2000 i samtliga åldersgrupper. Stödet för åldersgränsen bland rökande elever (både pojkar och flickor) har ökat från 1996 till 2000. Bland icke-rökare har stödet för åldersgränsen minskat från 1996 till 2000 bland både pojkar och flickor i årskurs 7 i grundskolan medan det har ökat i årskurs 2 i gymnasiet. Andelen elever i samtliga tre åldersgrupper, oavsett om de är rökare eller inte, som tror att åldersgränsen kommer att innebära (1996) att rökningen minskar respektive andelen som tror att åldersgränsen har inneburit (2000) att rökningen minskat bland ungdomar har blivit mindre mellan 1996 och 2000.

Studien visar att det finns ett starkt stöd för åldersgränsen bland både rökande och icke-rökande elever men samtidigt har andelen ungdomar minskat som tror att åldersgränsen kommer att innebära att färre ungdomar röker.

Artikel III

Syftet med artikel III är att studera:

- hur efterlevnaden av 18-årsgränsen för inköp av tobak förändras över tid
- vilka faktorer i provinköpsituationen som påverkar ungdomars möjligheter, att trots åldersgränsen, få köpa cigaretter.

Metod

Artikeln bygger på tre serier (1996, 1999 samt 2002) av provinköp av tobak i tre regioner av Sverige. Totalt har 250 provinköp per region och år genomförts vilket innebär att det totalt har genomförts 2 250 provinköp. De ungdomar som medverkade som provinköpare 1996 var i åldrarna 14-17 år. 1999 och 2002 var de ungdomar som medverkade 18 år eller äldre men målet var att de skulle ha en bedömd ålder av under 18 år. Hur provinköparna rekryterades 1996 samt 1999 har presenterats under sammanfattningen av artikel I. Rekryteringen av provinköpare år 2002 gjordes enligt samma princip som 1999. Bedömningen av åldern på de ungdomar som genomförde provinköpen 2002 gjordes på samma sätt som 1999 vilket presenterats under sammanfattningen av artikel I. Totalt har 36 ungdomar medverkat som provinköpare under de tre omgångarna av provinköp.

I dataanalysen har 383 provinköp av snus exkluderats vilket innebär att det totalt ingår 1 867 provinköp av cigaretter. År 1996, d.v.s. innan åldersgränsen infördes, har provinköpen delats in i två grupper: provinköp genomförda i affärer med frivillig åldersgräns och provinköp genomförda i affärer utan

frivillig åldersgräns. Vidare har provinköp från 1999 och 2002 i vissa analyser delats in i två grupper beroende på om provinköparen hade en median av den bedömda åldern av under 18 år eller 18 år och äldre. Sambandet mellan om provinköparna fick köpa cigaretter eller ej och eventuell inverkan av en rad faktorer såsom om provinköparen blev tillfrågad om legitimation, om det fanns skyltar som informerade om åldersgränsen etc. har analyserats med tabellanalyser. För att testa skillnader mellan olika grupper har z-test (Kanji, 1993) använts. Därutöver har en logistisk regressionsanalys innehållande data från 1999 och 2002 gjorts för att studera vilka av nio oberoende variabler som har ett signifikant samband med utfallet av den beroende variabeln, d.v.s. om provinköparen fått köpa cigaretter eller ej.

Resultat

Sammanfattningsvis visar undersökningen att det har blivit svårare för ungdomar att köpa cigaretter efter införandet av åldersgränsen. 1996 resulterade 93 procent av samtliga provinköp gjorda i affärer utan en frivillig åldersgräns med att provinköparna fick köpa cigaretter. År 1999 slutade 80 procent av provinköpen med att de medverkande ungdomarna fick köpa cigaretter. Motsvarande andel 2002 var 63 procent. Den stora skillnaden mellan 1999 och 2002 är att provinköparna 2002 betydligt oftare blivit uppmanade att visa legitimation. Även ungdomarnas bedömda ålder har en inverkan på utfallet av provinköpen då ungdomar med en bedömd ålder av under 18 år har svårare att få köpa cigaretter jämfört med ungdomar som har en bedömd ålder av 18 år eller äldre. De resultat som presenteras visar att det fanns regionala skillnader i efterlevnaden av åldersgränsen. År 2002 hade de värmäländska ungdomarna lättare att få köpa cigaretter jämfört med ungdomarna i Malmö och Västernorrland.

Studien visar att efterlevnaden av åldersgränsen har förbättrats över tid men det måste till ökade insatser för att förbättra efterlevnaden av åldersgränsen om ungdomar ska förhindras att köpa cigaretter i butiker. För att uppnå detta krävs effektivare legitimationskontroller i affärerna och ökade insatser på kommunal- och regional nivå för att på så sätt försöka förmå handeln till en bättre efterlevnad av 18-årsgränsen.

Artikel IV

Syftet med artikel IV är att belysa:

- eventuella förändringar i ungdomars möjlighet att köpa tobak under perioden 1996 - 2005
- regionala skillnader i ungdomars möjlighet att köpa tobak under samma period

- eventuella samband mellan myndigheters insatser och efterlevnaden av 18-årsgränsen

Metod

Artikeln innehåller data från två olika typer av datainsamlingar: provinköp av tobak och intervjuer med nyckelpersoner som arbetar med tobaksprevention/kontroll av åldersgränsen för inköp av tobak. Provinköp genomfördes 1996, 1999, 2002 och 2005 i tre regioner i Sverige: Malmö Stad, Värmlands län och Västernorrlands län. Totalt har 250 provinköp per region och år genomförts 1996, 1999 samt 2002 medan det 2005 genomfördes 300 provinköp per region vilket innebär att det totalt har genomförts 3 150 provinköp.

Presentation av och urval av de ungdomar som medverkat som provinköpare 1996, 1999 samt 2002 har redovisats i sammanfattningarna av artikel I och III. Inför 2005 års provinköpsstudie förfinades metoden för att bedöma ungdomarnas ålder genom att referensgruppen bedömde varje pojke respektive flickas ålder två gånger. Mellan de två skattningarna av ungdomarnas ålder samlades den första bedömning in så att de inte kunde kontrollera hur de tidigare bedömt åldern på de ungdomar som var intresserade av att medverka som provinköpare. Utifrån resultatet av bedömningarna valdes slutligen de ungdomar ut som sedan medverkade som provinköpare. Totalt har 48 ungdomar deltagit under de fyra omgångarna av provinköp. Provinköpen har genomförts enligt samma princip under samtliga år.

År 2005 samlades också data in med hjälp av strukturerade telefonintervjuer i samtliga de kommuner/stadsdelar där provinköp genomfördes. Syftet med intervjuerna var att få en bild av hur det tobakspreventiva arbetet bedrivs. Intervjuer genomfördes också med en ansvarig vid respektive länsstyrelse samt en intervju med Statens folkhälsoinstituts kontaktperson för tobaksfrågor inom varje region. Totalt genomfördes sex intervjuer på regional nivå. Därutöver genomfördes 22 intervjuer på kommunal nivå med personer som ansvarade för tillsynen av hur handeln efterlever åldersgränsen för inköp av tobak. Varje intervju tog i genomsnitt cirka 15 minuter att genomföra och de intervjuades svar registrerades med hjälp av dator samtidigt som intervjun gjordes.

I de analyser som ligger till grund för resultat som presenteras i artikeln har för 1996 endast provinköp som genomförts i affärer med en frivillig åldersgräns inkluderats. Totalt uteslöts därför 536 provinköp som gjordes i affärer utan frivillig åldersgräns. År 1999, 2002 och 2005 har endast provinköp utförda av ungdomar med en median av den bedömda åldern på under 18,0 år inkluderats. Detta innebär att 375 provinköp uteslöts 1999 och 123 provinköp år 2002. År 2005 uteslöts inga provinköp av denna anledning men däremot uteslöts 75 provinköp som gjordes av en provinköpare som bedömdes vara endast 15,5 år (median av samtliga skattningar av åldern). Ytterligare 75 provinköp från år

2005 har uteslutits p.g.a. att en provinköpare blev förhindrad att medverka vid provinköpsens samtliga dagar. Till sist har provinköp som inte genomfördes samtliga år i samtliga kommuner uteslutits vilket innebär att ytterligare 230 provinköp har utelämnats. Totalt redovisas därför resultatet av 1 736 provinköp fördelade över fyra år och tre regioner. För att testa skillnader mellan regioner och år har korstabellanalyser använts. De eventuella skillnaderna har sedan signifikanstestats genom z-tester (Kanji, 1993).

Resultat

Sammanfattningsvis visar de resultat som presenteras i studien att efterlevnaden av åldersgränsen för inköp av tobak har förbättrats. År 2005, d.v.s åtta år efter att den lagstadgade åldersgränsen infördes, fick de medverkande ungdomarna köpa tobak vid 48 procent av provinköpen. En analys av regionala skillnader visar att det finns skillnader i utfallet av provinköpen mellan de tre regioner som ingår i studien. I Malmö har det skett en relativt jämn förbättring av provinköpsresultaten från år till år och 2005 slutade 58 procent av provinköpen med att ungdomarna fick köpa tobak. I Västernorrland har den största förbättringen av provinköpsresultatet ägt rum mellan 1999 och 2002. År 2005 slutade 40 procent av försöken med att de medverkande ungdomarna fick köpa tobak. I Värmland har den största förbättringen av provinköpsresultatet ägt rum mellan åren 2002 och 2005 då 40 procent av försöken slutade med att ungdomarna fick köpa tobak. Resultaten visar att det krävts flera år innan åldersgränsen för tobaksinköp påverkat ungdomars möjlighet att köpa tobak i någon större omfattning vilket delvis kan bero på att lagstiftningen har stärkts under den tid som åldersgränsen har funnits. Intervjuerna visar också att många kommuner/stadsdelar startade sina aktiviteter runt tillsynen först flera år efter det att lagen trädde i kraft.

Studien visar att efterlevnaden av åldersgränsen har förbättrats ytterligare sedan provinköpsstudien 2002. De regionala skillnader som påvisas i studien tyder på att insatser på regional respektive kommunal nivå har betydelse för efterlevnaden av åldersgränsen.

Artikel V

Syftet med artikel V är att analysera:

- förändringar i rökvanor bland ungdomar i tre regioner i Sverige efter införandet av en 18-årsgräns för inköp av tobak.

Metod

Studien bygger på data som är insamlade med enkäter bland ungdomar i årskurs 7 och 9 i Malmö stad, Värmlands län samt Västernorrlands län. Datansamlingen genomfördes som gruppenkät i klassrummen under hösten

1996 och 2000 och under våren 2005. Eleverna besvarade frågeformuläret anonymt och deltagandet var frivilligt.

Data från fyra olika dataset har förts samman:

1. Data från 1996 bestående av 6 849 svar från elever i årskurs 7 och 6 676 elever årskurs 9 i Malmö, Värmland samt Västernorrland. Bortfallet var 8.4 respektive 10.4 procent.
2. Data från 2000 bestående av svar från 7 757 elever årskurs 7 och 6 962 elever årskurs 9 i Malmö, Värmland samt Västernorrland. Bortfallet var 10.6 respektive 16.3 procent.
3. Data från 2005 bestående av svar från 8 148 elever årskurs 7 i Malmö, Värmland och Västernorrland samt 4 341 elever årskurs 9 i Malmö och Västernorrland. Bortfallet var 10.1 respektive 16.3 procent.
4. Data från 2005 bestående av svar från 3 124 elever årskurs 9 i Värmland. Bortfallet var 13.9 procent.

Bortfallet som anges avser enskilda elever som av olika anledningar inte besvarade enkäten, d.v.s. bortfall beroende av att hela skolklasser av någon anledning inte deltog är inte inkluderat.

I de analyser som redovisas i artikeln har rökvanor mätts med två frågor:

- Röker du? (Ja; Nej, jag har slutat; Nej, har bara provat; Nej, jag har aldrig rökt)
- Hur ofta röker du? (Varje dag; nästan varje dag; bara vid veckosluten; bara när jag är på fest; nästan aldrig)

Utifrån svaren på de här två frågorna bildades en dikotom variabel: röker varje/nästan varje dag; röker inte varje/nästan varje dag.

Resultaten över ungdomars rökvanor redovisas i korstabeller där data fördelats efter undersökningsår, kön samt region. Dessutom analyseras data med logistisk regressionsanalys i vilken ytterligare två oberoende variabler ingår: akademisk orientering (=förstahandsval till gymnasiet: teoretiskt respektive icke-teoretiskt program) samt föräldrars rökvanor.

Resultat

Resultaten visar att andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som röker dagligen/nästan dagligen är signifikant lägre 2005 jämfört med 1996 i både Värmland och Västernorrland. I Malmö är det inte några signifikanta skillnader i rökvanor mellan 1996 och 2005, vare sig bland pojkar eller bland flickor i årskurs 9. Den logistiska regressionsanalysen visar att detta mönster kvarstår även efter kontroll för studieinriktning och föräldrars rökvanor. För årskurs 7 är förändringarna mellan 1996 och 2005 små eller inga alls. Resultaten visar också att andelen elever med rökande föräldrar har minskat mellan 1996 och 2005 i samtliga regioner, både bland elever i årskurs 7 och i årskurs 9.

Diskussion

Denna avhandling har fokus på åldersgränsens betydelse för ungdomars möjlighet att köpa tobak. Bakgrunden till avhandlingen är den lag som infördes den 1 januari 1997 och som innebar att det blev förbjudet att sälja tobak till personer under 18 år.

Det finns få studier av hur lagar om åldersgräns fungerar i de nordiska länderna. De studier som finns om åldersgränsers betydelse för ungdomars möjligheter att köpa tobak är mestadels från USA, Kanada och Australien. Resultat från forskning genomförd i andra delar av världen, med bl.a. en delvis annan lagstiftning och kultur, kan inte utan vidare generaliseras till Sverige. Den här avhandlingen är därför ett försök att bidra med kunskap om vad den svenska åldersgränsen för försäljning av tobak betyder för ungdomars möjligheter att köpa tobak i affärer. Attityder till åldersgränsen bland ungdomar och vad som kan göras för att förbättra efterlevnaden är andra frågor som avhandlingen syftar till att belysa.

Har 18-årsgränsen medfört en minskad försäljning av tobak till ungdomar?

De provinköpsstudier som redovisas i artikel I, III och IV visar att ungdomar fått svårare att köpa tobak sedan lagen infördes även om studierna tydligt visar att efterlevnaden av 18-årsgränsen måste förbättras. År 1996, d.v.s. innan den lagstadgade åldersgränsen infördes, slutade 91 procent av samtliga provinköp med att de medverkande ungdomarna fick köpa tobak. Nio år senare, d.v.s. 2005, slutade 48 procent av försöken till köp av snus och cigaretter med att provinköparna fick köpa tobak. En viktig faktor för utfallet av provinköpen var om en ålderskontroll i form av kontroll av legitimation ägde rum eller inte. Av resultat från provinköpen framgår att om provinköparna fick en fråga om legitimation var det svårt för de medverkande ungdomarna att få handla snus alternativt cigaretter.

Även de enkätstudier som redovisas i artikel II visar att andelen ungdomar som har köpt tobak i affärer har minskat från 1996 till 2000. Även andelen som svarar att det är lätt att köpa tobak i affärer har minskat. Detta gäller framförallt ungdomar i årskurs 7 och 9 i grundskolan.

De resultat som presenteras i denna avhandling får stöd från annan forskning. En finsk studie av 18-årsgränsen (Rimpelä & Rainio, 2004) visar att även den finska åldersgränsen har medfört att ungdomar fått svårare att köpa tobak i affärerna efter åldersgränsens införande. Även icke-nordisk forskning som presenterats rörande åldersgränsen visar att ungdomars möjlighet att köpa tobak i affärer går att påverka genom en väl implementerad åldersgräns

(Canadian Cancer Society, 2002; DiFranza et al, 1992; Jason et al., 1996; Stead & Lancaster, 2000; Staff et al., 2003).

Har 18-årsgränsen medfört en minskad tillgänglighet till tobak för ungdomar?

De provinköpsstudier som ligger till grund för avhandlingen visar att ungdomar har fått svårare att köpa tobak i affärer vilket kan tyda på en minskad tillgänglighet av tobak. Trots att provinköpsstudier visar att det blivit svårare för ungdomar att köpa tobak i affärer (DiFranza, 2005) vilket påverkar tillgängligheten av tobak för ungdomar kan det vara så att arrangerade provinköp överskattar vad lagen innebär för ungdomars möjlighet att köpa tobak. Det är också mycket som talar för att efterlevnaden av åldersgränsen måste bli betydligt bättre för att ungdomars tillgänglighet till tobak på allvar ska minskas. I den internationella litteraturen (DiFranza, 2005; Rigotti, 1999) nämns att det krävs att efterlevnaden är så god som mellan 80 och 90 procent, d.v.s. inte mer än ett eller två av tio minderårigas försök att få köpa cigaretter ska sluta med att han eller hon får köpa cigaretter för att tillgängligheten på allvar ska påverkas. Det krävs också att samtliga affärer i ett område följer åldersgränsen för att tillgängligheten skall minskas då kunskapen om vilka affärer som är mindre noga med att följa lagen snabbt sprids bland ungdomar. En annan tänkbar förklaring till att tillgängligheten av tobak i realiteten kan vara större än vad t.ex. provinköpsstudier visar är att vissa ungdomar känner till expediter som de vet kommer att sälja till dem trots att de är under 18 år.

I artikel II påvisas att andelen ungdomar som har lätt för att köpa tobak i affärer har minskat sedan åldersgränsen infördes samtidigt som andelen ungdomar som införskaffar tobak på annat sätt än att köpa den själv har ökat. Att ungdomar förändrar sina vägar för att införskaffa tobak från att köpa den själva i affärer till att t.ex. köpa av kamrater kan enligt DiFranza (2005) ses som ett tecken för att en åldersgräns har en inverkan på ungdomars tillgänglighet till tobak.

Resultat som redovisas i artikel II visar att åldersgränsen har en icke-avsedd effekt som innebär att ungdomar, när det finns en åldersgräns, oftare köper tobak från kamrater. Förhållande mellan ungdomars icke-kommersiella tillgång till cigaretter och en åldersgräns för inköp av tobak har studerats även av andra forskare (t.ex. Cummings et al., 2003; DiFranza & Coleman, 2001; Rimpelä & Rainio, 2004).

En viktig insats för att minska ungdomars tillgång till tobak via icke-kommersiella vägar är att arbeta tobakspreventivt även bland vuxna då föräldrar som använder tobak bl.a. kan innebära att ungdomar har lättare att få tillgång till tobak. För att påverka ungdomars tillgång till tobak via icke-kommersiella

vägar torde de attityder till ungdomars tobaksanvändande som finns i samhället vara viktiga. DiFranza (2005) hävdar att den avgörande faktorn för hur lätt eller svårt ungdomar har för att få tillgång till cigaretter, både genom kommersiella och genom icke-kommersiella vägar, är om affärers efterlevnad av åldersgränsen är god. Är den det, menar DiFranza (2005), kommer andelen ungdomar som röker att minska. Bland de ungdomar som röker och som trots åldersgränsen lyckas få tillgång till cigaretter kommer då andelen som är villiga att dela med sig minska (Wolfson et al., 1997) vilket också medför att tillgången till cigaretter genom icke-kommersiella vägar blir mindre.

Har 18-årsgränsen påverkat ungdomars tobaksvanor?

Om det kan konstateras att efterlevnaden av åldersgränsen går att påverka så att tillgänglighet av tobak bland ungdomar blir mindre blir nästa fråga om åldersgränsen också innebär att ungdomars tobaksvanor förändras?

I DiFranzas (2005) översiktsartikel har 270 publicerade studier granskats i vilka bl.a. sambandet mellan en åldersgräns för inköp av tobak och ungdomars rökvanor studerats. DiFranza menar att i samtliga studier där man lyckats uppnå en god efterlevnad av en åldersgräns för inköp av tobak har man också kunnat påvisa en minskning av användandet av rökning bland ungdomar. DiFranza och Dussault (2005) redovisar i en artikel att rökandet bland ungdomar i USA har minskat med 30 procent sedan ”Synar lagstiftningen” infördes. Hur mycket av den minskningen som åldersgränsen för inköp av tobak har medverkat till är oklart.

Även andra (Griffith, 1996; Møller, 2002; Rigotti, 1999; Wallskär, 2004) hävdar att ungdomars konsumtion av tobak, men även av alkohol, skulle kunna påverkas av tillgänglighet av dessa varor. Antalet platser där sådana varor säljs, eventuella begränsningar för ungdomar att få köpa tobak/alkohol (såsom en åldersgräns), begränsning i att röka (rökförbudet på skolgårdar och på serveringar kan ses som exempel), prissättning på tobak/alkohol samt av individens benägenhet att använda den här typen av varor (attityder, föreställningar och kunskap etc.) påverkar andelen användare. Forskning visar också att när ungdomar börjar röka köper de sällan sina egna cigaretter utan de är istället beroende av att andra personer som röker ger dem cigaretter (Bagott et al., 1998). Blir andelen rökare färre innebär detta, rimligen, också att antalet ungdomar som börjar röka minskar.

Att studera om det är så att den svenska åldersgränsen inverkar på ungdomars tobaksvanor var inte det huvudsakliga syftet med denna avhandling. I artikel V görs dock ett försiktigt försök att diskutera vilken möjlig effekt den svenska åldersgränsen har på ungdomars möjlighet att köpa cigaretter och i förlängningen på deras rökvanor. I artikeln framgår att andelen rökare bland elever i årskurs 9 i grundskolan år 2005, jämfört med 1996, har minskat i de två

regioner där efterlevnaden var bättre än i den tredje regionen där andelen rökare var oförändrad. Att det finns ett samband mellan en åldersgräns som efterlevs väl och förändringar i ungdomars rökvanor framförs av bl.a. DiFranza (2005) och Rimpelä & Rainio (2004).

Även data från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (Hvitfeldt & Rask, 2005) visar att andelen flickor och pojkar i årskurs 9 i grundskolan som röker har minskat sedan åldersgränsen infördes. En preliminär sammanfattning av Skolelevers drogvanor 2006 (Tobaksfakta.org, uppgifter hämtade 2006-06-30) visar att fyra procent av pojkarna i årskurs 9 i grundskolan röker dagligen, motsvarande andel bland flickor är sju procent. Elva procent av pojkarna i samma årskurs är dagligsnusare respektive två procent bland flickorna. De här resultaten visar att andelen pojkar som är dagligrökare 2006 är oförändrad jämfört med 2005 medan däremot andelen dagligrökande flickor 2006 har minskat med två procentenheter sedan 2005. Andelen dagligsnusare bland pojkar har, enligt samma sammanfattning, minskat med en procentenhet medan motsvarande andel bland flickor är oförändrad. År 1997, d.v.s. det år då åldersgränsen infördes, var 8 procent av pojkarna i årskurs 9 dagligrökare, motsvarande andel bland flickor var 13 procent. Andelen pojkar som snusade dagligen 1997 var 10 procent, motsvarande andel bland flickorna var 0 procent (Hvitfeldt & Rask, 2005).

Det är svårt att helt säkert veta vad en åldersgräns för inköp av tobak innebär för ungdomars tobakskonsumtion då det förutom införandet av åldersgränsen, även skett annat i samhället som också kan tänkas påverka ungdomars tobaksvanor. Exempel på sådana tobakspreventiva insatser som har genomförts under den tid som utvärderingen av åldersgränsen för inköp av tobak pågått är prisändringar på tobak, införandet av rökförbud på samtliga serveringar och förändringar i regler för tobaksreklam.

Hur kan tillämpningen av 18-årsgränsen förbättras?

Enligt DiFranza och Dussaults (2005) beskrivning av hur arbetet med åldersgränsen bedrivits i USA torde vi i Sverige befinna oss i ett läge när det är dags att ta ytterligare ett steg för att efterlevnaden skall kunna förbättras. Vi bör dock komma ihåg att det inte är säkert att det som främjar en god efterlevnad i USA och andra länder fungerar också i Sverige. Beskrivningen över de åtgärder som har gjorts för att förbättra efterlevnaden av åldersgränsen i USA och andra länder talar dock för att vi har mycket kvar att göra.

Tobakslagen behöver bli utförligare. Vidare bör ett system för att regelbundet kontrollera efterlevnaden av åldersgränsen utvecklas. Inte att förglömma är heller att det sanktionssystem som lagen bör innehålla ska användas när handlare inte följer lagen. Enligt nuvarande lagstiftning kan den som säljer tobak till minderåriga vid upprepade tillfällen dömas till böter eller fängelse i

högst sex månader. Detta sanktionssystem har endast utnyttjats i ett fåtal fall (Information via mail från Nordgren, P., Statens Folkhälsoinstitut den 27/4 2006). Andra möjliga vägar att förändra lagstiftningen med syfte att förbättra efterlevnaden av 18-årsgränsen kan vara att införa ett system med licenser där det finns en möjlighet att dra tillbaka licensen om inte försäljningen sker enligt lag. Dessutom är det orimligt att det saknas bestämmelser om att de som säljer tobaken måste vara myndiga. Ytterligare en idé kan vara att som gjorts i Malmö stad låta butiker som vill det ingå avtal med Malmö stad, Handels, svensk Handel och polisen där de förbinder sig att under en provotid på sex månader visa att ingen under 18 år får handla tobak eller folköl i den aktuella butiken (provinköp görs). Klarar affärerna provotiden utan anmärkningar blir de certifierade butiker. För att höja säkerheten för att ingen under 18 år ska kunna handla folköl eller tobak förbinder sig affärerna att alltid kontrollera legitimation på kunder som ser ut att vara 25 år eller yngre.

För att förbättra efterlevnaden av den svenska åldersgränsen ytterligare måste också kommunernas tillsynsarbete intensifieras. Ändringen i tobakslagen som gäller från och med 2003 och som innebär att kommunerna fick rätt att ta ut en avgift för sin tillsyn över de affärer som säljer tobak gjorde att kommunernas intresse för att t.ex. besöka de affärer som säljer tobak ökade. De intervjuer som gjorts i den studie som redovisas i artikel IV visar att många av de intervjuade kommunerna inte startade sitt tillsynsarbete förrän möjligheten att ta ut en avgift av affärerna infördes. För att ytterligare motivera affärspersonalen att följa lagen och begära legitimation i tveksamma fall skulle en möjlig väg kunna vara att de personer som arbetar med tillsynen i kommunerna fick möjlighet att informera och motivera personalen under personalmöten/personalutbildningar. För att kommunens tjänstemän ska ha möjlighet till detta krävs dock att tobaksprevention och tillsyn av hur affärer följer åldersgränsen, av kommunledningen, definieras som en viktig arbetsuppgift. För att kommunerna och länsstyrelserna ska kunna bli effektivare i sin tillsyn och kontroll av åldersgränsen är det också av stor vikt att det blir ställt utom allt tvivel var i respektive organisation som ansvaret finns och precis vilka uppgifter som ingår i respektive ansvarsområde.

En annan möjlighet för att förbättra kontrollen av efterlevnaden skulle kunna vara att tillsyn och information om försäljning av folköl och tobak i allt större utsträckning utförs gemensamt för dessa båda produkter då de har en lagstiftning som är mycket likartad. Grundläggande för lagarna om försäljning av folköl och tobak är att åldersgränsen är satt med avsikt att skydda minderåriga från att använda folköl respektive tobak. Gemensam tillsyn över försäljning av folköl och tobak används redan i ett flertal kommuner och försök i form av projekt för att förbättra efterlevnaden av åldersgränsen för försäljning av både folköl och tobak har bl.a. genomförts i Karlstad kommun och Malmö stad. Dock behövs ytterligare utvärderingar av hur det fungerar och vad som kan göras bättre. Ungdomens nykterhetsförbund har genomfört ett

folkölsprojekt där provinköp genomförts. I detta projekt jämförs olika strategier för att påverka handlarna att följa lagen (Eriksson, et al., 2006).

De intervjuer som skett på kommunal-, landstings-, och länsstyrelsenivå är ytterligare ett sätt för att få tillgång till kunskap om hur olika kommuner och regioner arbetar med att förbättra efterlevnaden. En idé kan vara att på olika sätt låta andra kommuner ta del av goda uppslag som visat sig ha fungerat väl för att förbättra efterlevnaden av åldersgränsen.

I syfte att förbättra ålderskontrollen vid tobaksinköp kan erfarenheterna från Systembolagets alkoholförsäljning vara till hjälp. Inom Systembolaget finns en policy och regel som innebär att personalen ska be alla kunder under 25 år att visa legitimation innan de får köpa alkohol. De svenska systembolagsbutikerna utsätts fyra gånger varje år för tester för att studera hur väl ålderskontrollerna fungerar (Systembolaget, 2005). Testerna genomförs genom att provinköpare i åldrarna 20 till 23 år får köpa vin, cider eller öl. Butikerna får aldrig veta att de kommer att utsättas för tester i förväg och totalt genomförs cirka 5 000 provinköp per år. De första testerna 2005 visar att vid totalt 91 procent av alla provinköp begärde personalen att provinköparna som ville köpa alkohol skulle visa legitimation. Vid provinköpen i Sörmland, Blekinge, Västmanland och Dalarna frågade personalen efter legitimation vid samtliga av provinköpen. Exemplet från Systembolaget med 25-årsregeln och deras system med kontinuerlig uppföljning borde kunna fungera som en modell även för affärer som säljer tobak. Emellertid kanske regeln om 25 år istället borde sättas till 23 år? För att systemet skall fungera måste affärsägare och personal ständigt motiveras och kontrolleras. Dessutom kan det vara så att regeln om att alla kunder med ett utseende under 25 (alternativt 23 år) måste införas i tobakslagen eftersom affärer som säljer tobak inte tillhör samma företag på det sätt som samtliga systembolag gör.

Vidare är ett viktigt steg att förändra attityder till ungdomar och deras användande av tobak så att människor i allmänhet anser att det är viktigt att förhindra att minderåriga får köpa tobak.

Hur kan uppföljningen av 18-årsgränsen förbättras?

Även om provinköp som metod för att följa efterlevnaden av åldersgränsen har svagheter så är det ändå ett närmast oundgängligt sätt att följa förändringar i efterlevnaden av åldersgränsen över tid. De studier som redovisas i denna avhandling visar att det har tagit tid för åldersgränsen att få effekt på ungdomarnas möjlighet att köpa tobak. Detta kan ha att göra med att lagstiftningen har skärpts ett flertal gånger sedan åldersgränsen infördes. Bl.a. är nu de affärer som säljer tobak skyldiga att anmäla detta till den kommun i vilken platsen för försäljning sker. Näringsidkare är skyldiga att utöva och ha ett

egentillsynsprogram över tobaksförsäljningen. Vidare måste det finnas skyltar med information om åldersgränsen och vid all tobaksförsäljning måste det gå att kontrollera mottagarens ålder oavsett om försäljningen sker t.ex. över disk, via postorder eller med hjälp av tobaksautomater. Den som säljer tobaken måste förvissa sig om att köparen är 18 år och i tveksamma fall skall de begära legitimation. Kommunerna har också rätt att ta ut en avgift för tillsyn av de näringsidkare som säljer tobak. Efterlevnaden av åldersgränsen kan också ha påverkats av de insatser som har gjorts på regional och kommunal nivå för att förbättra efterlevnaden. De försiktiga försök som gjorts till regionala jämförelser i de studier som ingår i avhandlingen tyder på att det genom olika insatser går att påverka hur väl åldersgränsen följs.

Ett annat sätt, förutom provinköp, att mäta hur lätt eller svårt minderåriga har att köpa tobak skulle kunna vara att genom enkät eller intervjuer fråga om minderåriga ungdomar som använder snus eller cigaretter har köpt tobak, under en begränsad tid, i affärer. Ett sådant upplägg skulle dock inte ge kunskap om vilka situationer och vilka förhållanden i en affär (förekomst av skyltar, typ av affär, expediternas ålder etc.) som förbättrar respektive försämrar efterlevnaden av en åldersgräns. Detta kan provinköpsstudier bidra med. Ett annat önskemål skulle vara att provinköpsstudier genomfördes med samma regelbundenhet som Systembolaget gör i sina butiker. Dessutom skulle det vara av ett stort värde att även fortsättningsvis kunna följa efterlevnaden i de tre regioner – Malmö stad, Värmlands län och Västernorrlands län – som har följts regelbundet sedan 1996.

Provinköp som metod

Vid samtliga provinköp har det varit samma koordinator (jag själv) vilket till en viss del kan utgöra en garant för att provinköpen planerats och genomförts på ett liknande sätt. Den metod som använts för att välja ut ungdomar till provinköpen samt för att genomföra provinköpen beskrivs dels i de olika delarbetena men också i avsnittet ”Artiklarnas syfte, metod och resultat”. Den metod som har vidareutvecklats och använts vid provinköpen har fungerat bra även om den naturligtvis kan förbättras ytterligare.

Genom utbildning av samtliga provinköpare och genom att bedöma ungdomarnas ålder i förväg har försök gjorts att minimera eventuell inverkan beroende på individuella egenskaper och beteenden hos provinköparna.

Viktigt att ha i åtanke är att de resultat från provinköpen som redovisas i artiklarna I, III och IV inte helt säkert kan generaliseras till hur lätt eller svårt ungdomar ”i verkligheten” har att köpa tobak i de olika regionerna. Urvalet av provinköpare är inte gjort utifrån något slumpmässigt urval av ungdomar utan de är valda utifrån andra kriterier. I de provinköp som redovisas i denna

avhandling, förutom vid provinköpen 1996, har provinköparna haft en faktisk ålder av 18 år eller strax över. Det är därför inte orimligt att anta att ungdomar som är betydligt yngre, t.ex. 13-14 år, har svårare att köpa tobak än de provinköpare som nämnts ovan.

De provinköpsstudier som redovisas i denna avhandling har mera en karaktär av tvärsnittsstudier där provinköp genomförts vid en enda tidpunkt under de år som provinköpen genomförts. Provinköp har heller inte genomförts flera gånger i samma affär de år som provinköpen genomförts. Detta medför att de studier som redovisas här inte kan ge svar på om det är enstaka affärer som konsekvent säljer tobak till ungdomar eller om det är så att det vid de enskilda provinköpen är expediter, i olika affärer, som inte begär legitimation när han eller hon borde ha gjort det.

Forskningsetiska överväganden

I dokumentet forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 1990) slås fast att "forskning är viktigt och nödvändigt för både individernas och samhällets utveckling." (s 5). Vidare står att läsa att det är viktigt att den forskning som sker är om väsentliga frågor och att den är av hög kvalitet. Dessa krav kan ses som uppfyllda då den forskning som redovisas i denna avhandling berör ett viktigt och otillräckligt belyst problemområde samtidigt som den reviewprocess som tillämpats för de ingående delarbetena kan ses som en garant för kvaliteten.

En annan princip är det s.k. individskyddskravet som innebär att individer, genom forskning, inte får utsättas för ... "otillbörlig insyn i t.ex. sina levnadsförhållanden. Individer får inte heller utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning." (Vetenskapsrådet, 1990, s 5). Individskyddskravet kan, enligt vetenskapsrådet, konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav på forskningen:

1, Informationskravet. Kravet innebär att forskaren ska lämna information om projektets syfte till de som berörs av forskningen. För att konkretisera detta, skriver vetenskapsrådet, att forskaren skall informera bl.a. undersökningsdeltagare om vilka uppgifter de har i projektet och vilka villkor som gäller. I den information som ges ska alla uppgifter som kan tänkas påverka undersökningsdeltagarnas villighet att medverka ingå. Vidare ska de få information om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan.

Detta krav får anses vara uppfyllt då de ungdomar som medverkat som provinköpare själva har fått anmäla intresse att medverka i studien. De har sedan fått en mer utförlig information om studiens syfte och vad som förväntades av de medverkande ungdomarna. De ungdomar som blev utvalda att medverka som provinköpare har, innan provinköpen startade, återigen fått information, utbildning och möjlighet att ställa frågor över vad som förväntades av dem.

I de enkätstudier som genomförts har de elever som har fått enkäten fått skriftlig information i samband med att de ombads besvara enkäten. I den skriftliga informationen fanns också uppgifter som gjorde det möjligt för intresserade elever att ta kontakt med en för undersökningen ansvarig person för ytterligare information.

2, Samtyckekravet. Detta krav innebär att "deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan" (Vetenskapsrådet, 1990, s 9).

De ungdomar som medverkade som provinköpare fick, efter att ha fått information och möjlighet att ställa frågor, på egen hand ta ställning till om de

ville medverka som provinköpare eller inte. 1996 då de provinköpare som medverkade var omyndiga krävdes underskrift av målsman innan ungdomarna fick medverka. De ungdomar som medverkade vid de senare provinköpen var samtliga över 18 år vilket gjorde att inte inhämtades från vårdnadshavare.

Samtycke till de enkätstudier (med frivilligt deltagande som grund) som ligger till grund för delarbete I och V gavs av skolledningen för respektive skola. De ungdomar som berördes av enkätstudierna valde därefter själva om de var villiga att besvara enkäten eller inte. De elever som besvarade enkäten avgjorde själva om de ville besvara samtliga frågor eller hoppa över vissa frågor.

3, Konfidentialitetskravet. Detta krav innebär att alla personer som ingår i en undersökning ska ges största möjliga konfidentialitet och att personuppgifter skall förvaras på ett sådant sätt att inte obehöriga kan ta del av dem.

Inga uppgifter om de ungdomar som medverkat som provinköpare har lämnats som gör att de kan identifieras eller på något sätt känna sig utpekade i samband med att resultaten presenterats. Inga resultat från provinköpen presenteras heller på ett sådant sätt att enskilda affärer kan pekats ut.

I de enkätstudier som ligger till grund för delarbete II och V besvarades enkäterna anonymt av de deltagande eleverna. Det praktiska arbetet avseende datainsamlingen genomfördes genom att undersökningsmaterialet till skolorna distribuerades klassvis. När eleverna besvarat enkäten la de själva sin enkät i ett kuvert som de sedan klistrade igen. Kuverten las sedan klassvis i kartonger och enkäterna sändes därefter till optisk inläsning på annan ort. Data från enkätstudierna har i de delarbeten som ingår i avhandlingen redovisats på regional nivå vilket omöjliggör utelämnande av enskilda individer eller klasser.

4, Nyttjandekravet. Detta krav innebär att uppgifter insamlade om enskilda personer inte får användas för annat än forskningsändamål. Någon sådan information har inte samlats in i de studier som ligger till grund för den här avhandlingen.

Alcaraz m.fl. (1997) har studerat hur ett deltagande i provinköpsstudier påverkar de ungdomar som medverkar som provinköpare. Deras slutsats var att ungdomars deltagande i provinköpsstudier inte medför en ökad risk för att de deltagande ungdomarna ska röka mer alternativt utvecklas till rökare. Istället visar studien att deltagande i provinköpsstudier, för de medverkande ungdomarna, kan vara associerade med ett lägre intresse för att börja röka och med ett ökat engagemang för att få kamrater och familjemedlemmar som röker att sluta. Vidare visar studien att deltagande i provinköpsstudier inte medför en ökad risk för att de deltagande ungdomarna skulle råka ut för fysiska hot, skador eller verbala otrevligheter i samband med provinköpen.

De resultat som presenterats i den ovan refererade studien stämmer väl överens med hur de medverkande ungdomarna i de provinköp som ligger till grund för den här avhandlingen har sagt sig uppleva sin roll. Ingen av de medverkande ungdomarna har valt att avbryta sin uppgift som provinköpare under pågående provinköpsstudie. Inte heller har någon av de medverkande ungdomarna gett uttryck för att de på något sätt känt sig hotade eller blivit ovänligt bemötta i de affärer där de genomfört provinköpen. Däremot har det varit vanligt förekommande bland de medverkande ungdomarna att de varit intresserade av att diskutera både med den för provinköpet ansvarige och med varandra hur lagen fungerar och hur den skulle kunna förbättras för att förhindra att ungdomar ska kunna köpa tobak.

Summary

Has the prohibition of tobacco sales to minors affected adolescents' possibilities to purchase tobacco? A study of the Swedish minimum-age law introduced in 1997

Nine of ten adult smokers started smoking before the age of eighteen. Efforts to prevent the use of tobacco among adolescents are therefore of great interest. In Sweden the National Board of Health and Welfare proposed a 16-year age law for the purchase of tobacco as early as in 1973. However it was not until 1 January 1997 that a statutory age law was introduced – 18 years. The purpose of the minimum-age law was to reduce the availability of tobacco to young people and hence ultimately to reduce the consumption of tobacco.

There are minimum-age laws for the purchase of tobacco products in all the Nordic countries. Norway introduced a 16-year age law in 1975 which was raised to 18 years in 1996. In Finland a 16-year minimum-age law was introduced in 1977 and raised to 18 years in 1995. Iceland introduced a 16-year law in 1985, raised to 18 years in 1996. The last Nordic country to do so, Denmark introduced a minimum-age law of 16 years for the purchase of tobacco in 2004.

There are few studies of how the minimum-age laws have functioned in the Nordic countries. Studies from the USA, Canada and Australia show that continuous work is required for the minimum-age laws on tobacco purchase to be complied with, for example in the form of education and information to retailers, regular check-ups and visits to shops selling tobacco, and sanctions for retailers who do not follow the law. It is also important to note and counteract non-commercial access to tobacco, i.e. where young people are given or buy tobacco from friends, or where parents or other adults give to, or buy tobacco for, adolescents, etc.

The overall purpose of the work reported in the present thesis was:

- to study whether the Swedish minimum-age law for the purchase of tobacco has affected young people's possibilities of buying tobacco
- to study how compliance with the minimum-age law for the purchase of tobacco can be improved
- to develop methods for following compliance with the minimum-age law for the purchase of tobacco.

The empirical basis for the work was three different types of data:

1. Test purchases of tobacco carried out in 1996, 1999, 2002 and 2005 in three regions of Sweden. The 1996 test purchasers, who were under 18, were recruited with help from non-governmental organisations. In 1999, 2002 and 2005 the test purchasers were

recruited through advertising at upper-secondary schools in each region. Adolescents aged 18 or just over were invited to apply. The test purchasers who participated after the introduction of the minimum-age law were in fact 18 years of age or just over, since the use of test purchasers under 18 years is not in accordance with Swedish law. A panel in each region consisting of representatives of five occupations (upper-secondary-school teacher, police, school nurse, cashier and door security guard) who often come into contact with adolescents in their work then met the boys and girls and assessed their ages in writing. The panel members made their assessments individually. For the 2005 test purchase study, the method for assessing adolescents' ages was refined in that the panel estimated the age of each boy and each girl twice. The results were collected between the two assessments so that the panel members could not check how they had estimated the adolescents' ages the first time. On the basis of the estimations, the adolescents with the lowest/youngest appearance were finally selected to take part as test purchasers.

Before the test purchases were conducted the test purchasers were trained in how they should handle situations and questions that could conceivably arise during the purchases. For the test purchases a boy or a girl entered a shop alone and attempted to purchase a tobacco product. The test purchasers were provided with money in advance. They were allowed only to purchase tobacco, and they were not allowed to have any form of identification with them to use for proving their age. The test purchasers themselves chose the brand of tobacco product (in the majority of test purchases the test purchasers were instructed to try to buy cigarettes but a few of the test purchases was of moist snuff). Purchase attempts were made in supermarkets, food stores, after-hours supermarkets, newsagents, petrol stations etc. There were too few test purchasers to target all municipalities in the regions. No complete registers of tobacco sales outlets were available but the strategy was to visit all outlets that were recognised in the municipalities and districts targeted. After each test purchase the test purchasers completed a checklist with questions such as whether signs about the minimum-age law were displayed, and whether the cashier asked to see identification. Purchased tobacco products were taken care of immediately by the co-ordinator after each test purchase. The shops where the purchases were made were not informed, either beforehand or afterwards. Forty-eight test purchasers made 3,150 test purchases.

2. Questionnaire surveys on tobacco habits and attitudes that were carried out in 1996, 2000 and 2005 among students in grades 7 and 9 of the compulsory school and in 1996 and 2000 in grade 2 of the

upper-secondary school. All data was collected in the same three regions as the test purchase studies. The questionnaires were completed individually and anonymously during class time and participation was voluntary. The questionnaire was completed by a total of about 57,000 students.

3. Structured telephone interviews in 2005 with key people in tobacco prevention work. Six interviews in total were conducted at regional level in the three regions where test purchases had been conducted. In addition, 22 interviews were made with people responsible at municipal level for supervision of how the trade is complying with the minimum-age law for tobacco purchase.

The analyses of the empirical data material is reported in five papers:

***Paper I. The importance of a minimum age law for the possibility of purchase of tobacco by adolescents: a study based on Swedish experiences
(Published in 2004 in Scandinavian Journal of Public Health).***

The purpose of the study I was:

- to compare the possibility for adolescents to purchase tobacco before and after the introduction of the minimum-age law of 18 years
- to examine the characteristics of those situations for purchase of tobacco in which adolescents may or may not purchase tobacco

Results from test purchases in 1996, i.e. the year before the introduction of the minimum-age law, and test purchases in 1999, are reported. Data from the attempted purchases in 1996 were distributed according to whether the attempted purchases were made in stores observing a voluntary minimum-age limit. In 1996, 91% of the attempts ended in purchases of tobacco (85% in shops with a voluntary minimum-age limit, 94% in shops with no voluntary-minimum-age limit). In 1999, 72% of the attempted purchases made by adolescents with a younger appearance ended in purchases. A comparison between the 1996 results and the 1999 results shows that the introduction of a minimum-age law had a certain effect on adolescents' possibility of purchasing tobacco. The factors characterising the situations in which adolescents might purchase tobacco whether an age control was carried out respectively if the test purchasers had an older appearance.

***Paper II. Effects of a minimum-age tobacco law – Swedish experience
(Published in 2005 in Drugs: education, prevention and policy).***

The purpose of study II was to increase the understanding of the prerequisites for tobacco prevention:

- by analysing how adolescents manage to buy tobacco and how they view the effect of the law on their opportunities to purchase or otherwise acquire tobacco
- by analysing adolescents' attitudes to the minimum-age law for the purchase of tobacco

Data were collected in 1996 and 2000 with a questionnaire. In 1996 20,130 students participated and in 2000 21,492. The proportion of adolescents who reported that it was easy for young people to buy tobacco in shops near their home had decreased in all three age-groups and among both boys and girls (smokers and snuff users) since the introduction of the minimum-age law. In parallel, the proportion of adolescents who had bought tobacco from shops over the previous month had declined from 1996 to 2000, although the reduction was not statistically significant in all subgroups. In contrast, the proportion of adolescents who had bought tobacco from friends had increased since the introduction of the minimum-age law. Support for the minimum-age law among adolescent smokers (both boys and girls) was higher in 2000 than in 1996 but the proportion who believed that the law had an effect in reducing smoking among adolescents had decreased.

***Paper III. Compliance with a minimum-age law of 18 for the purchase of tobacco – the case of Sweden
(Published in 2006 in Health Education Research. Theory & Practice).***

The purpose of the study III was twofold:

- to analyse how compliance with the minimum-age law for the purchase of tobacco has changed over time
- to determine what factors affect adolescents' opportunities to buy cigarettes

Three series (1996, 1999 and 2002) of test purchases of cigarettes were carried out. In the analysis, only attempts to purchase cigarettes were included; thus 383 attempts to buy Swedish snuff were excluded. The results demonstrates that the minimum-age law has had an effect on the ease with which adolescents purchase cigarettes. In 1996, 93% of all attempted purchases made in shops with no voluntarily imposed age limit resulted in purchase. The corresponding figures for test purchases made in all shops 1999 were 80% and for 2002 63%. A major difference between 1999 and 2002 was the frequency of age controls. In 2002 considerably more test purchasers than in 1999 were asked for

identification, which resulted in a number of attempted purchases failing. Test purchasers with an estimated age of 18 or over (=median value) had significantly higher odds of being able to buy cigarettes than test purchasers with median estimated ages under 18 had. In 2002 it was considerably easier for adolescents in Värmland to buy cigarettes than it was for adolescents in the two other regions.

***Paper IV. Does a minimum-age law for purchasing tobacco make any difference? – Swedish experiences over eight years
(Accepted for publication in European Journal of Public Health).***

The purpose of study IV was to elucidate:

- possible changes in adolescents' opportunities for purchasing tobacco during the period 1996-2005
- regional differences in adolescents' opportunities for purchasing tobacco during the same period
- the efforts by the authorities in order to affect the compliance with the minimum-age law

Two methods were used here: test purchases of tobacco in 1996, 1999, 2002 and 2005, and structured telephone interviews with key people in tobacco prevention work (2005). The minimum-age law for the purchase of tobacco had had an effect on adolescents' opportunities for purchasing tobacco, and compliance had improved since its introduction in 1997. There were differences between the three regions in compliance with the minimum-age law. In Malmö in 2005, 58% of the test purchases ended with purchase. The corresponding figures in Värmland and Västernorrland were 40%. Since the introduction of the minimum-age law, Swedish tobacco legislation has been tightened up step-by-step and this may have improved compliance. Also, the interviews show that many municipalities/city districts did not start their monitoring until several years after the law came into force. In fact most of the municipalities and city districts did not start their efforts to improve compliance with the minimum-age law until the possibilities to put a charge on the shops that sell tobacco was introduced.

Paper V. Smoking habits before and after the introduction of a minimum-age law for tobacco purchase – analysis of data on adolescents from three regions of Sweden (Submitted)

The purpose of study V was to:

- analyse changes in smoking habits among adolescents in three regions in Sweden following the introduction of a minimum-age law of 18 years for purchasing tobacco.

The analysis was based on data collected among adolescents in compulsory school years 7 and 9 in 1996, 2000 and 2005. The data was obtained from 43,857 students who completed a self-administered questionnaire anonymously in the classroom. The rates of smoking among students in year 9 were significantly lower in 2005 than 1996 in two regions (Värmland and Västernorrland) and unchanged in one region (Malmö). This pattern held even after control for sex, parents' smoking habits and academic orientation. In year 7 there were no changes over time or any clear patterns. Based on outcomes from test purchases of tobacco products carried out in parallel to the collection of questionnaire data, it is reasonable to hypothesise that the regional differences described may at least in part be due to differences in the availability of cigarettes. In 2005 it was significantly easier for adolescents to purchase tobacco products at retailers in the city of Malmö than at those in the counties of Värmland and Västernorrland.

In conclusion, the study reported in the thesis shows that:

- the minimum-age law introduced in 1997 for the purchase of tobacco products has limited adolescents' opportunities for purchasing tobacco. Compliance with the minimum-age law is, however, still incomplete. Test purchases in 2005 show that approximately every other test purchaser was able to purchase without confirming his or her age.
- the most important factor in whether test purchasers were able to buy tobacco was whether there was an age control (as the law prescribes). Where the test purchasers were required to produce identification (but did not do so) it was very unusual for the test to result in a purchase.
- compliance with the minimum-age law differs among the three regions studied. It is reasonable to assume that the regional differences can be related partly to regional differences in the effectiveness of the measures taken to ensure compliance with the law.
- the proportion of daily smokers among students in grade 9 in the compulsory school declined from 1996 to 2005 in Värmland and Västernorrland but there was no change in Malmö. These results coincide with the outcome of the test purchase studies in 2005 showing

that compliance with the minimum-age law was then poorer in Malmö than in the other two regions.

- the method used for test purchase of tobacco and further developed and adapted for Swedish conditions, functioned well for following compliance with the law.
- further research into the significance of minimum-age laws for adolescents' tobacco habits is desirable, and above all into how compliance with the minimum-age law can be improved.

Tack

Docent Curt Hagquist min huvudhandledare och arbetskamrat sedan många år som med en aldrig sinande entusiasm och envishet har drivit mig framåt i detta arbete. Utan Ditt stöd och hjälp hade det inte blivit någon avhandling!

Professor Charli Eriksson, min biträdande handledare, som på ett sent stadium tog på sig ansvaret som bihandledare då jag behövde en sådan, men som trots detta i allra högsta grad varit delaktig redan från början genom sin dåvarande anställning vid Statens Folkhälsoinstitut. Jag är otroligt tacksam för all Din hjälp och Dina råd har varit till stor hjälp!

Paul Nordgren vid Statens Folkhälsoinstitut som så vänligt och optimistiskt svarat på alla mina frågor om tobakspreventivt arbete i Sverige. Du besitter en otrolig kunskap som jag känner stor respekt för.

Professor Arja Rimpelä vid Tammerfors universitet som med sin stora kunskap inom mitt avhandlingsområde har varit till stor hjälp.

Karlstads universitet, Landstinget i Värmland och Statens folkhälsoinstitut för ekonomiskt stöd som möjliggjort mitt avhandlingsarbete.

Nuvarande och tidigare arbetskamrater vid Karlstads universitet. Ni har alla på olika sätt varit av stor betydelse för mig. Ett speciellt tack vill jag dock rikta till Erik Forsberg, Staffan Janson, Tony Nilsson, Birgit Olsson, Eva Olsson, Barbro Renck och Ulla Rantakeisu.

De ungdomar som har medverkat som provinköpare. Det har varit mycket roligt att arbeta ihop med så trevliga tjejer och killar. Utan Er medverkan hade de studier som redovisas i denna avhandling varit omöjliga att genomföra.

Stall- och hästkamrater (både tvåbenta och fyrbenta!) för att Ni tålmodigt hört på alla mina pustande och stånkanden under arbetets gång. Utan tillvaron med Er och den möjlighet till avkoppling och att få rensa hjärnan som det ger hade jag aldrig orkat!

Alla vänner – som inte har nämnts med namn – men som ändå på olika sätt har bidragit till att underlätta mitt arbete och fått mig att orka.

Min mamma som varit dagmatte åt familjens hund – Quattro – och dessutom försett mig med de mest delikata matlådor och annat ovärderligt stöd. Du är världens bästa mamma!

Slutligen min fantastiska familj Mats, Marie-Lousie och Madelene. Mina döttrar är starka, de har en stor portion av egen vilja och de är fyllda av ungdomens övermod vilket givit mig ett antal gråa hårstrån. Ni är mig otroligt kära och betyder allt för mig precis som Ni är! Mats, min käre man och levnadskamrat

sedan över 20 år, som har ett otroligt glatt humör och som alltid ställer upp på alla tänkbara och otänkbara sätt. Vad skulle jag ha gjort utan Dig?

Referenser

- Abdullah, A. S. M., & Husten, C. G. (2004). Promotion of smoking cessation in developing countries: a framework for urgent public health interventions. *Thorax*, 59(7), 623-630.
- Alcaraz, R., Klonoff, E. A., & Landrine, H. (1997). The effects on children of participating in studies of minors' access to tobacco. *Preventive medicine*, 26(2), 236-240.
- Alm, B., Lagercratz, H., & Wennergren, G. (2006). Nya rön om plötslig spädbarnsdöd. *Läkartidningen*, 103(8), 528-529.
- Altman, D. G., Rasenick-Douss, L., Foster, V., & Tye, J. B. (1991). Sustained effects of an educational program to reduce sales of cigarettes to minors. *American Journal of Public Health*, 81(7), 891-893.
- Andréasson, S. (2002). Policy för prevention In Andréasson, S. (Ed.), *Den svenska supen i Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt*. Rapport 2002:11 (pp.265-282). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Arbetsmiljöverket & Statistiska centralbyrån. (2002). *Arbetsmiljön 2001. The Work Environment 2001*. <http://www.av.se>. Uppgifter hämtade 2006-06-12.
- Arbetsmiljöverket & Statistiska centralbyrån. (2006). *Arbetsmiljön 2005, preliminära uppgifter*. <http://www.av.se>. Uppgifter hämtade 2006-07-02.
- Asplund, K., Nasic, S., Janlert, U., & Stegmayr, B. (2003). Smokeless tobacco as a possible risk factor for stroke in men: a nested case-control study. *Stroke*, 34(7), 1754-1759.
- Backinger, C. L., & Leischow, S. J. (2001). Advancing the science of adolescent tobacco use of cessation. *American Journal of Health Behaviour*, 25(3), 183-190.
- Bagott, M., Jordan, C., Wright, C., & Jarvis, S. (1998). How easy is it for young people to obtain cigarettes and do test sales by trading standards have any effect? A survey from two schools in Gateshead. *Child: Care, Health and Development*, 24(3), 207-216.
- Balch, G. I., Tworek, C., Barker, D. C., Sasso, B., Mermelstein, R. J., & Giovino, G. A. (2004). Opportunities for youth smoking cessation: Findings from a national focus group study. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(1), 9-17.

- Boëthius, G. (2006). Vem tar ansvaret för snusläxan? Debattartikel införd i *Svenska Dagbladet*, 28 juli 2006.
- Boffetta, P., Aagnes, B., Weiderpass, E., & Andersen, A. (2005). Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. *International Journal of Cancer*, 114(6), 992-995.
- Bolin, K., & Lindgren, B. (2004). *Rökning – produktionsbortfall och sjukvårdskostnader*. Rapport nr R 2004:3. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Bolinder, G., & Himmelmann, L. (1996). 28 års uppföljning av svenska läkares tobaksvanor. Färre röker men fler snusar. *Läkartidningen*, 93(48), 4437-4444.
- Boström, G. Levnadsvanor och hälsa. (2005). In Socialstyrelsen & Epidemiologiskt centrum, *Folkhälsorapport 2005* (pp. 298-300). Stockholm: Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum.
- Braverman, M. T., & Aarø, L. E. (2004). Adolescents smoking and exposure to tobacco marketing under a tobacco advertising ban: findings from 2 Norwegian national samples. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1230-1238.
- Bremberg, S. (2004). *Elevhälsa – teori och praktik*. Andra upplagan. Stockholm: Studentlitteratur.
- Canadian Cancer Society. (2002). *A critical analysis of youth access laws*. Prepared for the Canadian Cancer Society by Tilson, M. Ottawa: Canadian Cancer Society.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN. (2005). *Drogutveckling i Sverige 2005*. Rapport nr 91. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Cnattingius, S., Galanti, R., Grafström, R., Hergens, M-P., Lambe, M., Nyrén, O., Pershagen, G., & Wickholm, S. (2005). *Hälsorisker med svenskt snus*. Rapport A nr 2005:15. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut och Karolinska institutet.
- Cogliano, V., Straif, K., Baan, R., Grosse, Y., Secretan, B., & El Ghissassi, F. (2004). Smokeless tobacco and tobacco-related nitrosamines. *The Lancet Oncology*, 5(12), 708.
- Cummings, K. M., Hyland, A., Perla, J., & Giovino, A. (2003). Is the prevalence of youth smoking affected by efforts to increase retailer compliance with a minors' access law? *Nicotine & Tobacco Research*, 5(4), 465-471.
- Dalton, M. A., Sargent, J. D., Beach, M. L., Titus-Ernstoff, L., Gibson, J. J., Ahrens, M. B., Tickle, J. J., & Heatherton, T. F. (2003). Effect of viewing

smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study. *The Lancet*, 362(26), 281-285.

David, A. M., World Health Organization, Tobacco Free Initiative, & Western Pacific Regional Office. (2003). Regional summary for the Western Pacific Region In Shafey, O., Dolwick, S., & Guindon, G. E. (Eds.), *Tobacco control country profiles. Second edition 2003* (pp. 41-44). Atlanta: American cancer society, Inc., WHO and International Union Against Cancer.

DiFranza, J. R. (2005). Restricted access to tobacco reduces smoking rates among youth. In Owing, J.H. (Ed.), *Focus on Smoking and Health Research* (pp. 77-100). New York: Nova Science, Hauppauge.

DiFranza, J. R., Carlsson, R. P., & Caisse, R. E. (1992). Reducing youth access to tobacco. *Tobacco Control*, 1(1), 58.

DiFranza, J. R., & Coleman, M. (2001). Sources of tobacco for youths in communities with strong enforcement of youth access laws. *Tobacco Control*, 10(4), 323-328.

DiFranza, J. R., & Dussault, G. F. (2005). The federal initiative to halt the sale of tobacco to children – the Synar Amendment, 1992-2000: lessons learned. *Tobacco Control*, 14(2), 93-98.

DiFranza, J. R., & Godshall, W. T. (1996). Tobacco industry efforts hindering enforcement of the ban on tobacco sales to minors: actions speak louder than words. *Tobacco Control*, 5(2), 127-131.

DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D., Coleman, M., & Wood, C. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11(3), 228-235.

Ding, A. (2005). Curbing adolescent smoking: a review of the effectiveness of various policies. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 78(1), 37-44.

Distefan, J. M., Pierce, J. P., & Gilpin, E. A. (2004). Do favourite movie stars influence adolescent smoking initiation? *American Journal of Public Health*, 94(7), 1239-1244.

Doll, R., & Hill, A. B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *British Medical Journal*, 2, 739-748.

Doll, R., & Hill, A. B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report. Reprinted from *British Medical Journal* 1954:ii:1451-5). *British Medical Journal*, 2004:328;(7455) 1529-1533.

Doll, R., & Hill, A. B. (1956). Lung cancer and other causes of death in relation to smoking: A second report on the mortality of British doctors. *British Medical Journal*, 233(ii):1071-1076.

Doll, R., & Hill, A. B. (1964). Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. *British Medical Journal*, 248(i):1399-1410, 1460-1467.

Doll, R., & Peto, R. (1976). Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 273(ii):1525-1536.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2005). Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observation on British doctors. *British Journal of Cancer*, 92(3), 426-429.

Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 309(6959), 901-911.

Efroymson, D., Ahmed, S., Townsend, J., Alam, S. M., Dey, A. R., Saha, R., Dhar, B., Sujon, A. I., Ahmed, K. U., & Rahman, O. (2001). Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 10(3), 212-217.

El-Awa, F., World Health Organization, Tobacco Free Initiative, & Eastern Mediterranean Regional Office. (2003). Regional summary for the Eastern Mediterranean Region In Shafey, O., Dolwick, S., & Guindon, G. E. (Eds.), *Tobacco control country profiles. Second edition 2003* (pp. 34-35). Atlanta: American cancer society, Inc., WHO and International Union Against Cancer.

Elders, M. J., Perry, C. H., Eriksen, M. P., & Giovino, G. A. (1994). The report of the Surgeon General: Preventing tobacco use among young people. *American Journal of Public Health*, 84(4), 543-547.

England, L. J., Levine, R. J., Mills, J. L., Klebanoff, M. A., Yu, K. F., & Cnattingius, S. (2005). Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(4), 939-943.

En Rökfri Generation. (2006). <http://www.nonsmoking.se>. Uppgifter hämtade 2006-07-10.

Eriksson, C-G. (Ed.), (1979a). *Tobaksrökning eller hälsa: tobakens medicinska skadeverkningar*. Stockholm: Liber förlag.

Eriksson, C-G. (1979b). Tobaksrökning och kroppens immunologiska försvar In Eriksson C-G. (Ed.), *Tobaksrökning eller hälsa: tobakens medicinska skadeverkningar* (pp. 123-127). Stockholm: Liber förlag.

Eriksson, C-G. (1979c). Tobaksrökning och mag-tarmkanalen In Eriksson, C-G. (Ed.), *Tobaksrökning eller hälsa: tobakens medicinska skadeverkningar* (pp. 196-206). Stockholm: Liber förlag.

Eriksson, C-G. (1979d). Innehållet i tobaksvaror och tobaksrök In Eriksson, C-G. (Ed.), *Tobaksrökning eller hälsa: tobakens medicinska skadeverkningar* (pp. 30-46). Stockholm: Liber förlag.

Eriksson, C. (2000). Health Impact Assessment as a Tool for Policy-Making: The Case of Youth Tobacco Access Law In Douglas, M. (Ed.), *Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Gothenburg, 28-30 October 1999* (pp. 261-268). NHV:report 2000:9. Göteborg: Nordic School of Public Health and World Health Organization.

Eriksson C., Geidne, S., Pettersson, C., & Sigfridsson, C. (2006). *Frivilligorganisationers alkohol- och drogförebyggande arbete – en rapport om Socialstyrelsens projektförlopp och FoU-satsning 2003-2005*. Örebro universitet, Hälsovetenskapliga institutionen.

Europaparlamentet. (2002). *Europaparlamentets och rådets beslut nr 1786/2002/EG av den 23 september 2002 om antagandet av ett program för gemenskapsåtgärder för folkhälsoområdet (2003-2008)*. Bryssel: Europaparlamentet.

European Commission, & The ASPECT consortium. (2004). *Tobacco or health in the European Union. Past, present and future*. Luxembourg: European Commission.

Feighery, E., Altman, D., & Shaffer, G. (1991). The effects of combining education and enforcement to reduce tobacco sales to minors: a study of four northern California communities. *JAMA*, 266(22), 3168-3171.

Folkhälsoinstitutets tobaksprogram. (1995). *Aktuellt om tobak. Åldersgräns vid tobaksförsäljning?* Tobaksprogrammets faktahäfte nr 1, 1995. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Folkhälsoinstitutet. (1999). *Underlag till Nationell handlingsplan mot tobak*. F-serie nr 4. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Forster, J., Chen, V., Blaine, T., Perry, C., & Toomey, T. (2003). Social exchange of cigarettes by youth. *Tobacco Control*, 12(2), 148-154.

Forster, J. L., Wolfson, M., & Murray, D. M. (1997). Perceived and measured availability of tobacco to youths in 14 Minnesota communities: the TPOP study. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(3), 167-174.

Foulds, J., Ramstrom, L., Burke, M., & Fagerström, K. (2003). Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control*, 12(4), 349-359.

Gilljam, H., & Galanti, R. (2003). Role of snus (oral moist snuff) in smoking cessation and smoking reduction in Sweden. *Addiction*, 98(9), 1183-1189.

Gilljam, H., & Lindqvist, R. (2005/2006). Nikotinberoende In Apoteket, *Läkemedelsboken* (pp. 829-835). Stockholm: Apoteket.

Gilpin, E. A., Lee, L., & Pierce, J. P. (2004). Does adolescent perception of difficulty in getting cigarettes deter experimentation? *Preventive Medicine*, 38(4), 485-491.

Grandpre, J., Alvaro, E. M., Burgoon, M., Miller, C. H., & Hall, J. R. (2003). Adolescent Reactance and anti-smoking campaigns: a theoretical approach. *Health Communication*, 15(3), 349-366.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning an educational and ecological approach*. Fourth edition. New York: McGraw Hill College.

Griffith, E. (Ed.), (1996). *Alkoholpolitik för en bättre folkhälsa*. Stockholm: Natur & Kultur.

Grimshaw, G., Stanton, A., Blackburn, C., Andrews, K., Grimshaw, C., Vinogradova, Y., & Robertson, W. (2003). Patterns of smoking, quit attempts and services for a cohort of 15- to 19-year-olds. *Child, Health and Development*, 29(6), 457-464.

Guindon, G. E., Tobin, S., & Yach, D. (2002). Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control*, 11(1), 35-43.

Hagquist, C. (2000). Socioeconomic differences in smoking behaviours among adolescents. The role of academic orientation. *Childhood*, 7(4), 467-478.

Hagquist, C. (2006). Health inequalities among adolescents – the impact of academic orientation and parents' education. *European Journal of Public Health*, in press.

Hagquist, C., Nilsson, T., Sundh, M., Eriksson, C., Rimpelä, A., & Rimpelä, M. (2004). *Tobaksvanor 1996 och 2000. En undersökning bland ungdomar i Malmö*,

Värmland och Västernorrland. Karlstad: Karlstad University Studies 2004:14, Karlstads universitet.

Hagquist, C., Sundh, M., Rimpelä, A., & Rimpelä, M. (1998). *Tobak – vanor och attityder. En undersökning bland ungdomar i Malmö, Värmland och Västernorrland*. Utredningsrapport 1998:8. Karlstad: Centrum för folkhälsoforskning, Högskolan i Karlstad.

Hammond, D., Fong, G. T., McDonald, P. W., Cameron, R., & Brown, K. S. (2003). Impact of the graphic Canadian Warning labels on adult smoking behaviour. *Tobacco Control*, 12(4), 391-395.

Hedin, A., & Källestål, C. (2002). *Kunskapsbaserat folkhälsoarbete. Del 1. Handbok för sammanställning av redan gjorda kunskapsöversikter om interventioner inom folkhälsoområdet*. Rapport 2002:22. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Hjern, L. (1965). Svensk forskning om rökning In Svenska Tobaks Aktiebolaget. *Om tobak i Sverige. Jubileumskrift 1915-1965*. Stockholm: Svenska Tobaks Aktiebolaget.

Holm Ivarsson, B. (Ed.), (2004). *Tobak och avvänjning. En faktskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning*. R 2004:29. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Holm Ivarsson, B., & Wickholm, S. (Eds.), (2006). *Vad vet vi om snus?* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut & Centrum för folkhälsa – tobaksprevention, Stockholms läns landsting.

Howell, F. (2005). Smoke-free barn in Ireland: a runaway success. *Tobacco Control*, 14(2), 73-74.

Huhtasaari, F., Lundberg, V., Eliasson, M., Janlert, U., & Asplund, K. (1999). Smokeless tobacco as a possible risk factor for myocardial infarction: a population-based study in middle-aged men. *Journal of the American College of Cardiology*, 34(6), 1784-1790.

Hvitfeldt, T., & Rask, L. (2005). *Skolelevers drogvvanor 2005*. Rapport nr 90. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur & kultur i samarbete med Statens folkhälsoinstitut.

Janzon, L. (1979). Tobaksrökning och perifära kärlsjukdomar In Eriksson, C-G. (Ed.), *Tobaksrökning eller hälsa: tobakens medicinska skadeverkningar* (pp. 123-127). Stockholm: Liber förlag.

- Jason, L., Billows, W., Schnopp-Wyatt, D., & King, C. (1996). Reducing the illegal sales of cigarettes to minors: analysis of alternative enforcement schedules. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 29(3), 333-344.
- Joossens, L. (2004). *Effective tobacco control policies in 28 European countries*. Belgium: European Network for Smoking Prevention. Belgian Cancer Federation,
- Kanji, G. K. (1993). *Statistical Tests*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kaplan, R. M., Ake, C. F., Emery, S. L., & Navarro, A. M. (2001). Simulated effect of tobacco tax variation on population health in California. *American Journal of Public Health*, 91(2), 239-244.
- Kjellström, T., Håkansta, C., & Hogstedt, C. (2005). *Folkhälsa, hållbar utveckling och globalisering*. R 2005:3. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., & Ahlstrom, A. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*, 9(1), 47-63.
- Levin, M. L., Goldstein, H., & Gerhardt, P. R. (1950). Cancer and tobacco smoking. A preliminary report. *Journal of American Medical Association*, 143(4), 336-338.
- Lewit, E. M., Hyland, A., Derrebrock N., & Cummings, K. M. (1997). Price, public policy, and smoking in people. *Tobacco Control*, 6(Suppl ii), 17-24.
- Levy, D. T., Chaloupka, F., & Gitchell, J. (2004). The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *Journal of Public Health Management Practice*, 10(4), 338-353.
- Liang, L., & Chaloupka, F. J. (2004). Differential effects of cigarette price on youth smoking intensity. *Nicotine & Tobacco Research*, 4(1), 109-114.
- Lund, M., Lund, K. E., Rise, J., Aarø, L. E., & Hetland, J. (2005). *Smoke-Free bars and restaurants in Norway*. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research and Research Centre for Health Promotion.
- Löwenberg, A. (1992). *Rökridåer. En kritisk granskning av tobaksindustrin*. Stockholm: Prisma.
- Magnusson, S., & Nordgren, P. (1994). *Om tobak. Bakgrund och kommentar till tobakslagen*. Stockholm: Fritzes.
- Marklund, U. (1997). *Skolbarns hälsövanor under ett decennium*. Tabellrapport. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Marklund, U. (1989). *Det onda jag inte vill det gör jag. En kartläggning av 13-17-åringars tobaksvanor, kunskaper och attityder*. SoS-rapport 1989:6. Stockholm: Socialstyrelsen.

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of diseases*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Møller, L. (2002). Legal restrictions resulted in a reduction of alcohol consumption among young people in Denmark In Room, R. (Ed.), *The effects of Nordic Alcohol Policies*. NAD Publication No 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Nilsson, M. (2005). *Tonåringar om tobak – vanor, kunskaper och attityder*. R 2005:32. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Nilsson, T. (Ed.), (1984). *När mellanölet försvann*. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping.

Nordgren, P. (2005). Tobaksprevention i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 432-439.

Nordlund, A. (2005). Tobaksrökning och hälsa i Sverige under 1900-talet In Sundin, J., Hogstedt, C., Lindberg, J., & Moberg, H. (Eds.), *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv* (pp. 305-362). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Novo, M., Hammarström, A., & Janlert U. (2000). Smoking habits – a question of trend or unemployment? A comparison of young men and women between boom and recession. *Public Health*, 114(6), 460-463.

Nystrand, A. (Ed.), (2005). *Cancer i siffror. Populärvetenskapliga fakta om cancer – dess förekomst, bot och dödlighet*. Stockholm: Cancerfonden och Socialstyrelsen.

O'Loughlin, J., Kishchuk, N., DiFranza, J., Tremblay, M., & Paradis, G. (2002). The hardest thing is the habit: a qualitative investigation of adolescent smokers' experience of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 4(2), 201-209.

Oluwafemi, A., & Environmental Rights Action/Friends of the Earth, Nigeria (2003). Regional summary for the African region In Shafey, O., Dolwick, S., & Guindon, G. E. (Eds.), *Tobacco control country profiles. Second edition 2003* (pp. 27-31). Atlanta: American cancer society, Inc., WHO and International Union Against Cancer.

Pellmer, K., & Wramner, B. (1997). *Tobaksbruk – förekomst, effekter och förändringsmöjligheter*. Lund: Studentlitteratur.

Post, A., & Gilljam, H. (1997). *Tackla tobak. Tobaksavvänjning och tobakskunskap – en handbok I praktiskt folkhälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Rahman, K., Ramaboot, S., World Health Organization, Tobacco Free Initiative, & South East Asia Regional Office. (2003). Regional summary for the South-East Asia Region In Shafey, O., Dolwick, S., & Guindon, G. E. (Eds.), *Tobacco control country profiles. Second edition 2003* (pp. 38-40). Atlanta: American cancer society, Inc., WHO and International Union Against Cancer.

Ramström, L. M., & Foulds, J. (2006). Role of snus in initiation and cessation of tobacco smoking in Sweden. *Tobacco Control*, 15(3), 210-214.

Reid, A., de Klerk, N., Ambrosini, G. L., Olsen, N., Pang, S. C., Berry, G., & Musk, A. W. (2005). The effect of asbestosis on lung cancer risk beyond the dose related effect of asbestos alone. *Occupational Environmental Medicine*, 62(12), 885-889.

Riedel, B. W., Robinson, L. A., Klesges, R. C., & McLain-Allen, B. (2002). What motivates adolescent smokers to make a quit attempt? *Drug and Alcohol Dependence*, 68(2), 167-174.

Rigotti, N. A. (1999). Youth access to tobacco. *Nicotine & Tobacco Research*, 1(Supplement ii), 93-97.

Rimpelä, A. H., & Rainio, S. U. (2004). The effectiveness of tobacco sales to minors: the case of Finland. *Tobacco Control*, 13(2), 167-174.

Roberts, L. (2001). *Do smokers pay for their sin? Utilisation of the social welfare system and distribution of costs and benefits among smokers and non-smokers in Sweden*. Lund: Lunds universitet, centrum för hälsoekonomi.

Rodu, B., Stegmayr, B., Nasic, S., & Asplund, K. (2002). Impact of smokeless tobacco use on smoking in northern Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 252(5), 398-404.

Rodu, B., Nasic, S., & Cole, P. (2005). Tobacco use among Swedish schoolchildren. *Tobacco Control*, 14(6), 405-408.

Roemer, R. (1993). *Legislative action to combat the world tobacco epidemic*. Second edition. Geneva: World Health Organization.

Rolandsson, M., & Hugoson, A. (2003). Changes in tobacco habits. A prospective longitudinal study of tobacco habits among boys who play ice-hockey. *Swedish Dental Journal*, 27(4), 175-184.

Rosendahl, I. (2005). *Modeling individual behavioural changes: the case of tobacco uptake in a cohort of school children*. Stockholm: Karolinska University Press.

Rosendahl, K. I., Galanti, M. R., Gilljam, H., & Ahlbom, A. (2003). Smoking mothers and snuffing fathers: behavioural influences on youth tobacco use in a Swedish cohort. *Tobacco Control*, 12(1), 74-78.

Rosendahl, K. I., Galanti, M. R., Gilljam, H., Bremberg, S., & Ahlbom, A. (2002). School and class environments are differently linked to future smoking among preadolescents. *Preventive Medicine*, 34(6), 649-654.

Samet, J. M., & Yoon, S-Y. (2001). *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st Century*. Geneva: The World Health Organization in collaboration with the Institute for Global Tobacco Control and Johns Hopkins School of Public Health.

Sanchez del Mazo, S. (2005). *Youth smoking cessation – What can we do?* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Sargent, J. D., Beach, M. L., Adachi-Mejia, A. M., Gibson, J. J., Titus-Ernstoff, L. T., Carusi, C. P., Swain, S. D., Heatherton, T. F., & Dalton, M. A. (2005a). Exposure to Movie Smoking: It's Relation to smoking Initiation Among US Adolescents. *Pediatrics*, 116(5), 1183-1191.

Sargent, J. D., Dalton, M. A., Beach, M. L., Mott, L. A., Tickle, J. J., Ahrens, M. B., & Heatherton, T. F. (2002b). Viewing tobacco use in movies. Does it shape attitudes that mediate adolescents smoking? *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3), 137-145.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). (1998). *Metoder för rökavvänjning*. SBU-rapport nr 138. Stockholm: SBU.

Schrek, R., Baker, L. A., Ballard, G. P., & Dolgoff, S. (1950). Tobacco smoking as an etiological factor in disease. *Cancer Research*, 10, 49-58.

Selin, H., Martin, J. P., Peruga, A., World Health Organization, Tobacco Free Initiative & Regional Office for the Americas. (2003). Regional summary for the region of the Americas In Shafey, O., Dolwick, S., & Guindon, G. E. (Eds.), *Tobacco control country profiles. Second edition 2003* (pp. 32-33). Atlanta: American cancer society, Inc., WHO and International Union Against Cancer.

SFS 1993:581. *Tobakslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Shafey, O., Dolwick, S., & Guindon, G.E. (Eds.), (2003). *Tobacco control country profiles. Second edition 2003*. Atlanta: American cancer society, Inc., WHO and International Union Against Cancer.

- Sheu, M-l., Hu, T-w., Keeler, T. E., Ong, M., & Sung, H-Y. (2004). The effect of a major cigarette price change on smoking behaviour in California: a zero-inflated negative binomial model. *Health Economics*, 13(8), 781-791.
- Shiffmann, S., Pillitteri, J. L., Burton, S. L., Rohay, J. M., & Gitchell, J. G. (2001). Smokers' beliefs about "Light" and "Ultra Light" cigarettes. *Tobacco Control*, 10(Suppl I), i 17-23.
- Siegel, M., Albers, A. B., Cheng, D. M., Biener, L., & Rigotti, N. A. (2005). Effect of local restaurants smoking regulations on progression to established smoking among youths, *Tobacco Control*, 14(5), 300-306.
- Socialdepartementet. (2002). *Mål för folkhälsan. Proposition 2002/03:35*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (1973). *Tobaksrökning. En rapport från socialstyrelsens tobaksutredning*. Stockholm: Publica, Allmänna förlaget.
- Socialstyrelsen. (1986). *Tobaksvanor i Sverige*. Socialstyrelsen redovisar 1986:9. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & Epidemiologiskt centrum. (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen & Epidemiologiskt centrum.
- Socialstyrelsen & Epidemiologiskt centrum. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen & Epidemiologiskt centrum.
- SOU 1984:67. (1984). *Cancer: orsaker, förebyggande m m. Betänkande av cancerkommittén*. Stockholm: Liber/Allmänna förlaget.
- SOU 1990:29. (1990). *Tobakslag. Betänkande av Tobaksutredning*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 2006:15. (2006). *Detaljhandel med nikotinläkemedel. Delbetänkande av Utredningen om detaljhandel med nikotinläkemedel*. Stockholm: Fritzes kundtjänst.
- Staff, M., Bennett, C. M., & Angel, P. (2003) Is restricting tobacco sales the answer to adolescents smoking? *Preventive Medicine*, 37(5), 529-533.
- Statens folkhälsoinstitut. (1998). *Sjukdomsbördan i Sverige en svensk DALY-kalkyl*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2003). *Hälsorelaterade levnadsvanor. Vad vet vi och vad behöver vi veta? Rapport 2003:17*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statistiska centralbyrån. (2006). <http://www.scb.se>. *Undersökningarna av levnadsförhållanden*. Uppgifter hämtade från Statistiska centralbyråns statistikdatabas.

Statveca.com Tobaksstatistik. Statistiken är framställd av riksskatteverkets underlag för redovisade punktskatter, uppgifter från Swedish Match samt statistikbyrån WECA. <http://www.statveca.com>. Uppgifter hämtade 2006.03-10.

Stead, L. F., & Lancaster, T. (2000). A systematic review of interventions for preventing tobacco sales to minors. *Tobacco Control*, 9(2), 169-176.

Stjerna, M-L., Olin Lauritzen, S., & Tillgren, P. (2004). "Social thinking" and cultural images: teenagers' notions of tobacco use. *Social Science & Medicine*, 59(3), 573-583.

Stjerna, M-L., Tillgren, P., & Wallin, E. (1997). *Vad händer på försäljningsställen? Resultat från en observationsstudie om frivillig information om åldersgräns vid tobaksinköp hösten 1996*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Stockholms läns landsting. (2006). Centrum för folkhälsans hemsida <http://www.folkhalsoguiden.se>. Uppgifter hämtade 2006-06.22.

Sundh, M., Hagquist, C., Rimpelä, A., & Rimpelä, M. (2001). *Ungdomars möjlighet att köpa tobak. Resultat från provinköpsstudier genomförda före respektive efter införandet av 18-årsgräns för tobaksinköp*. Karlstad University Studies 2001:27. Karlstad: Karlstads universitet.

Sundh, M., Hagquist, C., Rimpelä, A., & Rimpelä, M. (2003). *Hur effektiv är 18-årsgränsen för inköp av tobak? Resultat från provinköpsstudier genomförda i Malmö stad, Värmlands län och Västernorrlands län*. Karlstad University Studies 2003:35, Karlstad: Karlstads universitet.

Sundh, M., Hagquist, C., Svensson, P-G., Rimpelä, A., & Rimpelä, M. (1997). *Effekter av införandet av försäljningsförbud för tobak till minderåriga. Resultat från den första provinköpsstudien*. Utredningsrapport 1997:10. Karlstad: Centrum för folkhälsoforskning.

Sundh, M., & Hagquist, C. (2005). Effects of a minimum-age tobacco law – Swedish experience. *Drugs: education, prevention and policy*, 12(6), 501-510.

Sundh, M., & Hagquist, C. (2006). Does a minimum-age law for purchasing tobacco make any difference? – Swedish experiences over eight years. *European Journal of Public Health*, in press.

Swedish Match. Uppgifter hämtade från Swedish Match hemsida <http://swedishmatch.se>. Uppgifter hämtade 2006-04-18.

Svenska Tobaks Aktiebolaget. (1965). *Om tobak i Sverige. Jubileumskrift 1915-1965*. Stockholm: Svenska Tobaks Aktiebolaget.

Svensson, A. (1965). Ur den svenska tobaksodlingens historia In Svenska Tobaks Aktiebolaget. *Om tobak i Sverige. Jubileumskrift 1915-1965* (pp. 289-328). Stockholm: Svenska Tobaks Aktiebolaget.

Systembolaget (2005). *Pressmeddelande 2005 04 27*. <http://www.systembolaget.se>. Uppgifter hämtade 2006-07-28.

Thomson, C. C., Fisher, L. B., Winickoff, J. P., Colditz, G. A., Camargo, C. A. Jr., King C 3rd, & Frazier, A. L. (2004). State tobacco excise taxes and adolescents smoking behaviours in the United States. *Journal of Public Health Management Practice*, 10(6), 490-496.

Tibbling, L. (1979). Risker med tobaksrök för icke-rökaren In Eriksson, C-G. (Ed.), *Tobaksrökning eller hälsa. Tobakens medicinska skadeverkningar* (pp. 89-97). Stockholm: Liber förlag.

Tobaksfakta.org En internetsida som ges ut i samarbete mellan Cancerfonden, Statens folkhälsoinstitut, Hjärt-Lungfonden samt Läkare mot tobak. <http://www.tobaksfakta.org>. Uppgifter hämtade mellan 2004 och 2006.

Tones, K., & Green, J. (2004). *Health promotion. Planning and strategies*. London, Sage publications.

U.S Department of Health and Human Services. (2000). *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion & Office on Smoking and Health.

U.S Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Washington, D.C: U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion & Office on Smoking and Health.

U.S Department of Health and Human Services. (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Pittsburgh: U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center

for Chronic Disease Prevention and Health Promotion & Office on Smoking and Health.

Wallin, E. (2005). *Primärprevention. Vad säger forskningen om effektiva metoder för att förebygga alkoholrelaterade problem?* Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning & Svenska föreningen för alkohol- och drogforskning.

Wallskår, H. (2004). *Tobaksfria ungdomar – hur når vi dit?* R 2004:50. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Dokument hämtat från <http://www.codex.uu.se/oversikter/humsam/humsam.html>. Uppgifter hämtade 2006-06-20.

Willemsen, M. C., & Zwart, W. M. (1999). The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: a review of the evidence. *Journal of Adolescence*, 22(5), 587-599.

Vineis, P., Alavanja, M., Buffler, P., Fontham, E., Franceschi, S., Gao, Y. T., Gupta, P. C., Hackshaw, A., Matos, E., Samet, J., Sitas, F., Smith, J., Stayner, L., Straif, K., Thun, M. J., Wichmann, H. E., Wu, A. H., Zaridze, D., Peto, R., & Doll, R. (2004). Tobacco and cancer: Recent epidemiological evidence. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(2), 99-106.

Wolfson, M., Forster, J. L., Claxton, A. J., & Murray, D. M. (1997). Adolescent smokers' provision of tobacco to other adolescents. *American Journal of Public Health*, 87(4), 649-651.

World Bank. (1993). *Investing in health. World Development Report.* New York, NY: Oxford University Press.

World Bank. (1999). *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control.* Washington, DC: The World Bank.

World Bank. (2003). *Tobacco control at a glance.* <http://www1.worldbank.org/tobacco>. Uppgifter hämtade 2006-04-10.

World Health Organization. (1998). *Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet. En introduktion.* Broschüren har översatts till svenska från dokumentet "Health21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO" i samarbete mellan Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen & Nationella Folkhälsokommittén.

World Health Organization, Tobacco Free Initiative, Regional office for Europe. Regional summary for the European region. (2003a). In Shafey, O.,

Dolwick, S., & Guindon, G. E. (Eds.), *Tobacco control country profiles. Second edition 2003* (pp. 36-37), Atlanta: American cancer society, Inc., WHO and International Union Against Cancer.

World Health Organization (2003b). *WHO Framework convention on tobacco control*. Geneva: World Health Organization, Tobacco Free Initiative.

Vuckovic, N., Polen, M. R., & Hollis, J. F. (2003). The problem is getting us to stop. What teens say about smoking cessation. *Preventive Medicine*, 37(3), 209-218.

Wynder, E. L., & Graham, E. A. (1950). Tobacco smoking as a possible etiological factor in bronchogenic carcinoma. A study in six hundred and eighty four proved cases. *Journal of American Association*, 143, 329-336.

Ye, W., Ekström, A. M., Hansson, L. E., Bergström, R., & Nyren, O. (1999). Tobacco, alcohol and the risk of gastric cancer by sub-site and histologic type. *International Journal of Cancer*, 83 (2), 223-229.

Har förbudet att sälja tobak till minderåriga påverkat ungdomars möjligheter att köpa tobak?

En studie av lagen om 18-årsgräns från 1997

Den 1 januari 1997 infördes i Sverige en lagstadgad åldersgräns vid 18 år för inköp av tobak. Syftet var att minska tillgängligheten till tobak för ungdomar och därmed minska konsumtionen av tobak.

Det övergripande syftet med avhandlingen var att:

- studera om den svenska åldersgränsen för inköp av tobak påverkat ungdomars möjligheter att köpa tobak,
- studera hur efterlevnaden av åldersgränsen kan förbättras,
- vidareutveckla metoder för att följa efterlevnaden av 18-årsgränsen.

Det empiriska underlaget för avhandlingen har utgjorts av:

- Provinköp av tobak som genomfördes 1996, 1999, 2002 samt 2005 i Malmö, Värmland och Västernorrland
- Enkätstudier om tobaksvanor och attityder som genomfördes 1996, 2000 samt 2005 bland elever i årskurs 7 och 9 samt 1996 och 2000 i årskurs 2 på gymnasiet – totalt cirka 57 000 elever i nämnda tre regioner
- Strukturerade telefonintervjuer med nyckelpersoner i det tobakspreventiva arbetet.

Analyserna av datamaterialet redovisas i fem artiklar som visar att:

- åldersgränsen har begränsat ungdomars möjlighet att köpa tobak. Efterlevnaden av lagen är dock fortfarande bristfällig. 2005 kunde ungefär varannan provinköpare köpa tobak utan att behöva bevisa sin ålder – sämst var efterlevnaden i Malmö
- andelen dagligrökande ungdomar i årskurs 9 i grundskolan har minskat från 1996 till 2005 i Värmland och Västernorrland medan det inte skett någon förändring i Malmö
- den metod som använts för provinköp av tobak har fungerat väl.