

# Endringer i småbarnsforeldres rapportering om passiv røyking

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Den Norske Kreftforening har siden 1995 drevet en omfattende informasjonskampanje hvor formålet har vært å redusere barns eksponering for passiv røyking i hjemmet. Formålet med studien var å kartlegge endringer i småbarnsforeldres rapportering om barns eksponering for tobakksrøyk hjemme, holdninger til passiv røyking og kunnskap om passiv røyking som en mulig helseisiko for barn.

**Materiale og metode.** Et spørreskjema og en frankert returkonvolutt ble sendt til et stratifisert, tilfeldig utvalg på 1 000 husstander med barn på tre år ved undersøkelsestidspunktene (mai 1995 og august 2001).

**Resultater.** Andel husstander hvor barna ble rapportert å være eksponert for passiv røyking ble redusert fra 32 % i 1995 til 18 % i 2001. Risikoen for eksponering var positivt korrelert med antall foreldre som røykte og negativt korrelert med foreldrenes utdanningslengde, negative holdninger til passiv røyking og kunnskapsnivå om helseisiko ved passiv røyking.

**Fortolkning.** De observerte endringene må fortolkes i lys av et økende mediefokus på passiv røyking i løpet av perioden, en informasjonskampanje fra Den Norske Kreftforening og mulighet for økt underrapportering som følge av at røyking i nærheten av barn er i ferd med å bli et normativt overtramp.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Karl Erik Lund

kel@sirus.no  
Statens institutt for rusmiddelforskning  
Postboks 565 Sentrum  
0105 Oslo

### Asgjør R. Helgason

Karolinska Institutet  
Stockholm Centre of Public Health – CTP

### Marianne Andersen

Den Norske Kreftforening

Til tross for at myndighetene innførte restriksjoner for røyking på offentlige arenaer i 1989, er det ingen lover som beskytter hjemmemiljøet, hvor barn må antas å være mest utsatt for passiv røyking. En landsrepresentativ undersøkelse fra 1995 blant foreldre med barn i treårsalderen viste at barna regelmessig ble utsatt for tobakksrøyk i 32 % av husstandene. I husstander hvor en eller begge foreldrene røykte, ble barn eksponert i 67 % av tilfellene, og en betydelig andel av foreldrene var uvitende om den helsefare passiv røyking kunne medføre for barn (1). Undersøkelsen fra 1995 indikerte at mer informasjon kunne redusere omfanget av eksponeringen (2).

Med utgangspunkt i disse funnene organiserte Den Norske Kreftforening, med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet, en informasjonskampanje med målsetting om å redusere barns eksponering for passiv røyking. Målgruppen var foreldre, barnehagepersonell, lærere i småskolen, dagmamme og andre med daglig omsorg for barn. Eksponeringsgraden for passiv røyking ble i 1995 rapportert å være høyest i husholdninger der mor og far hadde kortere utdanningslengde enn gjennomsnittet (1). Teorier i helsekommunikasjon og empiriske undersøkelser viser at budskapsformidling via massemedier har begrenset effekt i befolkningsgrupper med kort utdanning (3, 4). Det anbefales derfor at kampanjer suppleres med en strategi for overlevering av budskap på individnivå, for eksempel av helsepersonell i en klinisk situasjon. Flere norske undersøkelser har indikert at intensiteten i slike kliniske intervjuer er meget moderat (5–7). Det samme er observert i studier av helsepersonell som konsulteres av småbarnsforeldre (8). Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med fylkeslegene derfor arrangert regionale kommunikasjonskurs hvor helsepersonell er blitt invitert til å lære teknikker for tobakksintervensjon overfor pasienter. I tillegg har Den Norske Kreftforening utviklet

materiell som barneleger, jordmødre i barselavdelinger og helsesøstre på helsestasjonene kan bruke i konsultasjonene med småbarnsforeldre. Det ble antatt at disse kursene, sammen med økt tilgang på informasjonsmaterie, ville redusere graden av ubehag som av helsepersonell blir rapportert som en barriere for å ta passiv røyking opp med foreldrene (5, 9).

Målsettingen med denne undersøkelsen var å identifisere eventuelle endringer fra 1995 til 2001 i foreldrenes rapportering om barns eksponering for passiv røyking, holdningsendringer til passiv røyking og endringer i foreldrenes kunnskap om mulige skadevirkninger hos barn ved passiv røyking. Artikkelen viser også endringer i andel foreldre som rapporterer å ha vært utsatt for intervensjoner fra helsepersonell overfor passiv røyking.

## Materiale og metode

### Datainnsamling

Et spørreskjema med adressert forhåndsfrankert returkonvolutt ble sendt til et stratifisert tilfeldig utvalg av 1 000 husstander i Norge hvor det bodde barn som på undersøkelsestidspunktet (mai 1995 og august 2001) var tre år gamle. Adresser ble trukket fra det sentrale personregister. Tillatelse ble hentet inn fra Datatilsynet. En påminnelse ble sendt ut. Den av foreldrene som først hadde fødselsdag etter datoen for mottak av spørreskjemaet, ble bedt om å svare. Datainnsamlingen ble organisert



## Hovedbudskap

- Småbarnsforeldre rapporterer om en halvering av andel barn eksponert for tobakksrøyk i hjemmet fra 1995 til 2001, til tross for at andel røykere blant foreldre er uendret
- Foreldre som eksponerer sine barn for passiv røyking, rapporterer mindre eksponeringsdoser i 2001 enn i 1995
- Det er uvisst om reduksjonen i eksponering skyldes økt informasjon om farene ved passiv røyking eller en økende underrapportering som følge av at røyking i nærheten av barn er i ferd med å bli et normativt overtramp
- Foreldrenes opplysninger om passiv røyking i spørreskjemaundersøkelser bør valideres med biokjemiske markører fra barnet

**Tabell 1** Respons og karakteristika ved utvalgene av husstander i 1995 og 2001

	1995	2001
Utvalgsstørrelse	1 000	1 000
Antall responser	609	613
Respons i prosent	61	61
Andel skjemaer besvart av mor	56	58
Andel husstander med kun én forelder	9	8
Gjennomsnittlig alder (år)		
Mor	31	32
Far	35	36
Husstandens gjennomsnittlige utdanningslengde <sup>1</sup>	4,4	5,0
Innslag av røyking blant foreldre		
Begge røyker daglig (%)	10	9
En røyker daglig (%)	25	23
Ingen røyker daglig (%)	65	68
Andel husstander med minst én røyker etter utdanningslengde <sup>1</sup>		
Lang	15	16
Middels	35	34
Kort	53	52

<sup>1</sup> Antall år utdanning etter obligatorisk skole, gjennomsnitt av mors og fars utdanningslengde

fra Den Norske Kreftforening under veiledning av forfatterne. Samme prosedyre for datainnsamling ble brukt i 2001 og i 1995. I 1995 var undersøkelsen en del av en nordisk studie som inkluderte husholdninger i Danmark, Finland, Island og Sverige. En mer detaljert beskrivelse av metoden er presentert i andre artikler (1, 10). I 2001 omfattet undersøkelsen kun Norge.

#### *Avhengige og uavhengige variabler*

En person svarte altså på spørreskjemaet på vegne av husstanden, men det var husstande-

ne som var undersøkelsesenheter for analyse. Det ble spurt om husstanden praktiserte regler innrettet på å begrense innendørs røyking (ja/nei-format). Respondent ble videre bedt om å rapportere egen og partnerens røykevaner i kategoriene «røyker daglig», «røyker av og til» eller «røyker aldri» (tab 1). Respondenter som selv røykte (enten daglig eller av og til), samt respondenter med partner som røykte, ble spurt hvor ofte de selv eller deres partner røykte innendørs mens barn var til stede. Responsmuligheter var «hver dag», «flere ganger i uken», «omtrent en gang i uken», «mindre enn en gang i uken» eller «aldri». Respondenten ble også bedt om å anslå antall sigaretter som ble røykt innendørs i nærheten av deres barn. Barnet ble kategorisert som eksponert dersom det ble utsatt for passiv røyking minst én gang i uken, hvis antall sigaretter røykt inne med barn til stede var en eller flere per uke eller begge deler.

For å avdekke holdninger til barns rett til et røykfritt innemiljø og kunnskap om mulig helseisiko ble respondentene bedt om å gi sin tilslutning til påstandene presentert i tabell 2 og tabell 3. Fire responsmuligheter ble oppgitt for hver påstand. For holdninger skulle svarene avgis etter grad av enighet i kategoriene «helt enig», «delvis enig», «delvis uenig» eller «helt uenig». For kunnskap om helseisiko var valgene «nei, ikke i det hele tatt», «kanskje/kanskje ikke», «ja, sannsynligvis» og «ja, definitivt». For analysen som er presentert i tabell 4 ble det konstruert en additiv holdningsindeks (minimumsskåre = 6, maksimumsskåre = 24) og en additiv kunnskapsindeks (minimumsskåre = 5, maksimumsskåre = 20) ved å slå sammen skårene fra de ulike påstandene. Koding for påstander med negativt innhold ble reversert ved konstruksjon av indeksene.

Grenseverdiene for grupperingene ble valgt slik at tilnærmet en tredel av respondentene skulle fylle hver kategori.

Tre påstander i tabell 3 ble ekskludert fra kunnskapsindeksen. «Risiko for krybbe-død» og «risiko for læringsproblemer» ble tatt bort fordi disse påstandene kun var til stede i undersøkelsen fra 2001. «Risiko for kortvoksthet» er hypotetisert som en potensiell helseskade fra passiv røyking, men ble ekskludert fordi kunnskapsgrunnet i den medisinske litteraturen foreløpig ikke er tilstrekkelig til å kunne gi svar (11). Passiv røyking er definitivt ikke årsak til «vannkopper», og kodingen ble derfor reversert ved inklusjon i holdningsindeksen.

Utdanningslengde for husstanden ble kalkulert som et gjennomsnitt av antall år utdanning etter obligatorisk grunnskole hos respondent og partner. For respondenter uten partner ble husstandens utdanningslengde satt ekvivalent med vedkommendes utdanningslengde. I analysene er husstandens utdanning kategorisert som «kort», «middels» og «lang». Grenseverdiene for grupperingen ble valgt for å oppnå en tredel i hver kategori.

#### *Analyse*

Resultater fra den deskriptive analysen (tab 2, tab 3) er oppgitt som prevalens punktestimater med 95 % konfidensintervaller, i tabell 5 som gjennomsnitt med standardavvik. Logistisk regresjon ble brukt i tabell 4 for å kalkulere statistiske sammenhenger under kontroll for andre variabler (12).

#### *Resultater*

Det var ingen signifikante forskjeller i sammensetningen av utvalgene i undersøkelsene fra 1995 og 2001. Responstraten (61 %), kvinnelig overrepresentasjon blant respon-

**Tabell 2** Holdninger til passiv røyking i 1995 og 2001. Prosent småbarnsforeldre som er enige i påstandene i husstander med og i husstander uten røykere. 95 % konfidensintervall (KI). Gjennomsnittsskåre på holdningsindeks med standardavvik (SD)

	Husstander hvor minst én forelder røyker		Husstander hvor ingen foreldre røyker		Alle husstander	
	1995 (n = 209)	2001 (n = 178)	1995 (n = 386)	2001 (n = 409)	1995 (n = 595)	2001 (n = 588)
De voksne bør ha lov til å røyke hvor som helst i sitt eget hjem (KI)	35 (29–41)	18 (12–24)	17 (13–21)	13 (10–16)	23 (20–26)	15 (12–18)
Alle barn bør ha rett til å leve i et røykfritt hjem (KI)	91 (87–95)	95 (92–98)	96 (94–98)	97 (95–99)	94 (92–96)	96 (94–98)
Det burde komme en lov som forbyr all innendørs røyking i nærheten av barn (KI)	52 (45–59)	55 (48–62)	74 (70–78)	77 (73–81)	66 (62–70)	70 (66–74)
Å røyke i nærheten av barn er barnemishandling (KI)	50 (43–57)	54 (47–61)	69 (64–74)	75 (71–79)	63 (59–67)	69 (65–73)
Hvis det er god ventilasjon, er det ufarlig for barn om voksne røyker i det samme rommet (KI)	15 (10–20)	9 (5–13)	8 (5–11)	5 (3–7)	10 (8–12)	6 (4–8)
Det finnes annen innendørs luftforurensning som er viktigere for folkehelsen enn tobakksrøyk (KI)	33 (27–39)	28 (21–35)	17 (13–21)	14 (11–17)	22 (19–25)	19 (16–22)
Gjennomsnittsskåre på holdningsindeks (SD)	17,9 (3,6)	18,8 (3,1)	20,1 (2,9)	20,8 (2,8)	19,4 (3,3)	20,2 (3,1)

**Tabell 3** Kunnskap om helserisiko ved passiv røyking for barn i 1995 og 2001. Prosent småbarnsforeldre som er enig i påstandene i husstander med og i husstander uten røykere. 95 % konfidensintervall. Gjennomsnittsskåre på kunnskapsindeks med standardavvik (SD)

	Husstander hvor minst én forelder røyker		Husstander hvor ingen foreldre røyker		Alle husstander	
	1995 (n = 211)	2001 (n = 178)	1995 (n = 387)	2001 (n = 412)	1995 (N = 598)	2001 (N = 590)
Tror du at barn som vokser opp i hjem hvor foreldrene røyker har større sannsynlighet for						
Å få ørebetennelse <sup>1</sup> (KI)	14 (9–19)	22 (16–28)	30 (25–35)	37 (32–42)	25 (22–28)	32 (28–36)
Å få lungebetennelse, bronkitt og forkjølelse <sup>1</sup> (KI)	66 (60–72)	74 (68–80)	87 (84–90)	80 (76–84)	79 (76–82)	78 (70–78)
Å få astmaanfall <sup>1</sup> (KI)	69 (63–75)	84 (79–89)	91 (88–94)	88 (85–91)	83 (80–86)	86 (83–89)
Å få vannkopper <sup>1, 2</sup> (KI)	2 (0–4)	2 (0–4)	4 (2–6)	5 (3–7)	4 (2–6)	4 (2–6)
Å bli korte av vekst (KI)	6 (3–9)	14 (9–19)	19 (15–23)	22 (18–26)	14 (11–17)	20 (17–23)
Krybbedød (KI)		9 (5–13)		5 (3–7)		6 (4–8)
Læringsproblemer (KI)		8 (4–12)		21 (17–25)		17 (14–20)
Gjennomsnittsskåre på kunnskapsindeks (SD)	14,0 (2,5)	14,5 (2,2)	15,7 (2,2)	15,5 (2,3)	15,0 (2,5)	15,5 (2,3)

<sup>1</sup> Inkludert i kunnskapsindeks

<sup>2</sup> Kodingen reversert ved inklusjon i indeks

dentene, gjennomsnittsalder blant respondentene, prosentandelen av enslige husholdninger, gjennomsnittlig utdanningslengde og fordelingen av røykere på tvers av utdanningsgrupper var praktisk talt den samme i de to utvalgene. En liten økning var observert i andelen foreldre som ikke røykte, men forskjellen var ikke statistisk signifikant (tab 1).

Både foreldre i røykfrie husholdninger og foreldre i husholdninger hvor en eller begge røykte var blitt mer fiendtlig innstilt til passiv røyking på alle seks holdningspåstandene i løpet av seksårsperioden (tab 2). Gjennomsnittlig skåre på holdningsindeksen hadde imidlertid ikke økt signifikant. Foreldre i husholdninger med røykere var mindre negative til passiv røyking på begge tidspunkter. Det var likevel i denne gruppen at den største holdningsendringen ble observert, idet det var en reduksjon på 17 prosentpoeng i andelen som erklærte seg enige i at

«voksne har lov til å røyke hvor som helst i sitt eget hjem» (tab 2).

Hos foreldre i røykfrie husstander var det ubetydelige endringer i forhold til alle de individuelle påstandene som inngikk i indeksen for helserisiko. På begge tidspunkter var deres risikobevisthet høyere enn bevisstheten til foreldre i husstander med røykere. Det var likevel hos foreldre i husstander hvor minst én røykte at kunnskapen om helsefarene ved passiv røyking hadde økt mest fra 1995 til 2001. Signifikante endringer ble observert for påstanden om foreldrenes røyking økte risikoen for at deres barn selv skulle begynne å røyke og påstanden om at passiv røyking kunne utløse astmaanfall (tab 3).

Andel husstander hvor foreldrene rapporterte at barn ble eksponert for passiv røyking var blitt redusert fra 32 % i 1995 til 18 % i 2001 (tab 4). På begge tidspunkter var eksponeringen for passiv røyking positivt korrelert med antall foreldre som røykte, og

omvendt korrelert med husstandens utdanningslengde, graden av negative holdninger til passiv røyking og graden av kunnskap om helserisiko. De kontrollerte oddsforholdene viste at utdanningslengde var en viktigere forklaringsfaktor i 2001 enn i 1995. Kunnskap om helserisiko ble funnet å være viktigere i 1995 (tab 4).

I husstander hvor barn var utsatt for passiv røyking, var eksponeringsmengden redusert fra 29 til 18 sigaretter per uke i løpet av perioden (tab 5). Barn som bodde i husstander der begge foreldrene røykte eller hvor kunnskapen om helserisikoen var lav, ble utsatt for den høyeste eksponeringsdosen. Husstandens utdanningslengde og holdninger til passiv røyking var viktigere som forklaringsvariabler i 1995 enn i 2001 (tab 5).

## Diskusjon

Resultatene indikerer en markant reduksjon fra 1995 til 2001 i andel husstander der bar-

**Tabell 4** Andel husstander hvor barn er eksponert for passiv røyking minst én gang i uken i henhold til informasjon fra foreldrene. Kontrollert oddsratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI) for at barn er eksponert i ulike typer husstander i 1995 og 2001

	1995				2001			
	Prosent	n/N	OR	(KI)	Prosent	n/N	OR	(KI)
Alle husstander	32	(184/583)			18	(109/602)		
Innslag av røyking blant foreldre								
Ingen	12	(46/377)	Referanse		11	(43/407)	Referanse	
En	62	(90/145)	8,6	(5,0–14,4)	32	(42/133)	3,1	(1,7–5,6)
Begge	79	(48/61)	10,7	(4,8–23,9)	36	(16/45)	3,4	(1,6–7,3)
Utdanningslengde i husstanden								
Lang	13	(22/170)	Referanse		7	(11/160)	Referanse	
Middels	29	(66/225)	1,2	(0,6–2,3)	14	(27/195)	1,9	(0,9–4,3)
Kort	50	(83/166)	2,6	(1,3–5,1)	27	(47/174)	3,4	(1,6–7,4)
Negative holdninger til passiv røyking								
Sterke	17	(41/241)	Referanse		9	(20/220)	Referanse	
Middels	30	(51/172)	1,6	(0,9–2,9)	16	(24/151)	1,3	(0,6–2,9)
Svake	57	(81/143)	2,8	(1,5–5,2)	29	(58/199)	2,3	(1,1–4,6)
Kunnskap om helserisiko								
Høy	15	(26/179)	Referanse		8	(15/182)	Referanse	
Middels	27	(68/254)	1,6	(0,8–3,0)	17	(30/173)	1,7	(0,8–3,8)
Lav	61	(90/148)	3,7	(1,9–7,4)	27	(64/239)	2,9	(1,4–6,2)

**Tabell 5** Gjennomsnittlig antall sigaretter, med standardavvik (SD), som røykes i nærheten av barn per uke i husstander hvor barn er eksponert for passiv røyking. 1995 og 2001

	1995		2001	
	Antall	SD	Antall	SD
Alle husstander med røykere	29	(40)	18	(26)
Innslag av røyking blant foreldre				
En	20	(20)	14	(16)
Begge	46	(59)	38	(42)
Utdanningslengde i husstanden				
Lang	21	(26)	24	(48)
Middels	22	(35)	13	(13)
Kort	36	(46)	19	(25)
Negative holdninger til passiv røyking				
Sterke	21	(22)	20	(44)
Middels	28	(41)	11	(16)
Svake	34	(47)	21	(25)
Kunnskap om helserisiko				
Høy	27	(29)	4	(4)
Middels	18	(22)	15	(31)
Lav	38	(49)	22	(25)

na er eksponert for tobakksrøyk. Dette ser ut til å være tilfellet til tross for at andelen røykere blant norske småbarnsforeldre praktisk talt var uendret i perioden. I husstander hvor barn er eksponert, er eksponeringsintensiteten (antall røykte sigaretter) også redusert. Resultatene for Norge i 2001 er tilnærmet lik de som ble observert i Finland og Sverige i 1990-årene (1, 13).

Den reduserte eksponeringen kan være forårsaket av en observert økning i andel husstander som har innført restriksjoner mot røyking inne. I 1995 hadde 72 % (n = 598) av husstandene innført regler for å begrense familiemedlemmer og andres røyking innendørs. Andelen hadde økt til 85 % (n = 601) i 2001 (ikke i tabellen).

Det er imidlertid grunn til å betrakte resultatene med skepsis. Andre undersøkelser har demonstrert at foreldres selvrapportering

om passiv røyking har lav validitet (14, 15). En alternativ forklaringshypotese er at det observerte mønster skyldes økt underrapportering fordi eksponering av barn for passiv røyking i stadig større grad anses som normovertredende.

Reduksjonen i eksponeringen av barn bør også fortolkes i lys av den informasjonskampanjen Den Norske Kreftforening med støtte fra helsemyndighetene har organisert. Denne kampanjen foregikk i et informasjonsklima hvor flere aspekter omkring passiv røyking var tungt debattert. Undersøkelsen fra 1995 hadde avdekket at relativt mange barn ble eksponert for passiv røyking hjemme, og resultatet fikk stor mediedekning. Helseministeren måtte to ganger svare på spørsmål overfor Stortinget om myndighetenes strategier for å redusere andel barn utsatt for passiv røyking. Et forslag fra Barneombudet om å lovregulere røyking i hjemmene, etter mønster fra Island, fikk kun moderat støtte.

Tiltakene for å øke intensiteten på intervensjoner fra helsepersonell overfor småbarnsforeldre ser imidlertid ikke ut til å ha gitt resultater. Andelen røykere og forhenværende røykere som noen gang har erfart at helsepersonell har tatt opp røyking, var omtrent den samme i 1995 (30 %, n = 235) og i 2001 (29 %, n = 182) (ikke i tabellene). Unnlattelsen av å iverksette denne strategien kan være en årsak til at utdanning i 2001 gjenstår som en viktig prediktor for barns eksponering.

### Konklusjon

Ifølge foreldrenes rapportering er barns eksponering for tobakksrøyk blitt redusert fra 1995 til 2001. Både andelen husstander hvor barn er eksponert og intensiteten av eksponeringen har gått ned. I tillegg er foreldre i husstander med røykere blitt mer fiendtlige i sine holdninger til passiv røyking og har på samme tid økt sin kunnskap om helserisikoen. Det er sannsynlig at deler av den observerte reduksjonen i eksponering skyldes økt underrapportering fra foreldrene. Endringene må også fortolkes i lys av økende

vekt på passiv røyking i mediene og en landsomfattende informasjonskampanje fra Den Norske Kreftforening.

### Litteratur

- Lund KE, Skrandal A, Vertio H, Helgason AR. Children's residential exposure to environmental tobacco smoke varies greatly between the Nordic countries. *Scand J Soc Med* 1998; 2: 115–20.
- Helgason AR, Lund KE. Environmental tobacco smoke exposure of young children – attitudes and health-risk awareness in the Nordic countries. *Nicotine Tob Res* 2001; 3: 341–5.
- Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 3. utg. New York: The Free Press, 1982.
- Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income and health publicity. *BMJ* 1994; 309: 923–7.
- Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation – results from four Nordic countries. *Scand J Public Health* 2002; 30: 141–7.
- Gallefoss F, Drangsholt K. Røykeintervensjon og hindringer for dette blant fastleger i Vest-Agder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2608–11.
- Lund KE, Lund M, Rise J. Tobakksforebygging i norsk tannhelsetjeneste. Resultater fra en nasjonal undersøkelse av tannleger og tannpleiere. *Nor Tannlaegeforen Tid* 2003; 113: 168–76.
- Lund KE, Andersen M, Bakke P, Gallefoss F, Helgason AR. Snakker helsepersonell med småbarnsforeldre om passiv røyking? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1616–21.
- Lund KE, Helgason AR. Hvorfor unnlater helsepersonell å snakke med småbarnsforeldre om passiv røyking? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1622–6.
- Lund KE, Skrandal A, Vertio H, Helgason AR. To what extent do parents strive to protect their children from environmental tobacco smoke in the Nordic countries? A population-based study. *Tob Control* 1998; 7: 56–60.
- Tobacco Free Initiative. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health*. Consultation Report. WHO/NCD/TFI/99.10, Genève: WHO, 1999.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
- Jakkola N, Ruotsalainen R, Jakkola J. What are the determinants of children's exposure to environmental tobacco smoke at home? *Scand J Soc Med* 1994; 2: 107–12.
- Delfino RJ, Ernst P, Jakkola MS, Solomon S, Becklake MR. Questionnaire assessments of recent exposure to environmental tobacco smoke in relation to salivary cotinine. *Eur Respir J* 1993; 6: 1104–8.
- Pirkle JL, Flegal KM, Bernett JT, Brody DJ, Etzel RA, Maurer KR. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke. *JAMA* 1996; 275: 1233–40.