

Røyking og sosial ulikhet i Norge

Sammendrag

Bakgrunn. Regjeringen ønsker å utarbeide en handlingsplan for utjevning av sosiale ulikheter i helse. Røyking er den viktigste forebyggbare årsak til nedsatt helse og tidlig død.

Materiale og metode. Opplysninger ble hentet fra Sosial- og helsedirektoratets nasjonale databank om røykevaner. Analyser for å belyse sosiale gradienter i røykestatus, forbruksintensitet, produktpreferanser, debutalder, holdninger til passiv røyking og kunnskap om helserisiko ble foretatt på grunnlag av svar fra 5 125 personer over 24 år for perioden 1998–2002.

Resultater. Lavere sosioøkonomiske lag var kraftig overrepresentert blant røykerne. Røykere i lavere sosiale lag har i tillegg høyere røykeintensitet, forbruker oftere de farligste tobakksproduktene, har lavere gjennomsnittlig debutalder og større aksept for passiv røyking, færre har regler for å begrense røyking hjemme, og de er oftere feilinformert om helsefarene ved de ulike tobakkstypene.

Fortolkning. Den sosiale gradienten i utbredelsen av røyking representerer en stor utfordring i målsettingen om å redusere fremtidig ulikhet i helsestatus i befolkningen. Det er behov for å målrette intervensjoner mot lavere sosiale lag, men kunnskapsgrunnlaget for å utvikle slike tiltak er svakt.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Karl Erik Lund

kel@sirus.no

Marianne Lund

Statens institutt for rusmiddelforskning
Postboks 565 Sentrum
0157 Oslo

Masseutbredelsen av røyking i Norge startet med automatiseringen i industrien for ca. 100 år siden og skjøt fart med intensivert markedsføring og prisnedsettelse. Manglende undersøkelser gjør det vanskelig å fastslå gradienten i datidens sosiale utbredelsesmønster, men romaner, reklamemateriell og gamle spillefilmer indikerer at røyking var overrepresentert blant menn i det urbane borgerskapet. Røyking blant kvinner var sjeldent, men forekom hyppig i sosiale utgrupper som bohemmiljøet og blant prostituerte (1). Økningen i røykingen i første halvpart av 1900-tallet skjedde i et samfunnsmessig klima hvor sigarettene signaliserte modernitet, raffinement og eleganse. De som tidlig tok opp nye vaner, var i kraft av sosial status effektive læringsmodeller og bidrog til at røyking ble spredt til andre befolkningsgrupper.

Etter den annen verdenskrig, da myndighetene gav tobakk status som et nødvendighetsgode og bl.a. brukte Marshall-hjelpen for å forsyne befolkningen (2), fortsatte innslaget av røykere å stige hos begge kjønn og i alle sosiale lag. I 1950-årene røykte ca. 70 % av mennene, mens andelen røykere blant kvinner var drøyt 20 % og økende, særlig blant de yrkesaktive (3). I 1952 røykte 74 % av norske mannlige leger og 44 % av de kvinnelige (4). Den sosiale gradienten i utbredelsen av røyking avtok gradvis. Frem mot 1975 ble røyking blant menn kraftig redusert, mest blant dem med lang utdanning og høy inntekt (1). Andelen røykere blant kvinner stabiliserte seg på ca. 35 %, og forskjellene mellom ulike sosiale lag ble også her etter hvert utvisket (5).

Den vedvarende overrepresentasjonen av personer med kort utdanning blant røykerne har vært kjent lenge (6), men likevel vært lite behandlet i norsk forskningslitteratur (5, 6). Røyking har oftest kun vært med som en av mange determinanter for sosiale ulikheter i helsestatus (7, 8) eller inngått som en komponent i brede kartlegginger av generell helseatferd mellom grupper (9). Nyere studier av røyking og sosial ulikhet har vært foretatt i avgrensede populasjoner, som gra-

vide (7) eller i hovedstadsbefolkningen (10). Emnet har fått styrket aktualitet med regjeringens ønske om å utarbeide en handlingsplan for utjevning av sosiale forskjeller i helse (11).

Formålet med denne studien var å belyse dagens sosiale gradienter i utbredelsesmønsteret for tobakksatferd.

Materiale og metode

Alle data ble hentet fra landsrepresentative undersøkelser som Statistisk sentralbyrå har utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Årlig blir ca. 2 000 personer i alderen 16–74 år forsøkt oppsøkt og intervjuet per telefon eller ved besøk om sine tobakksvaner og holdninger til røyking. Resultatene bygger på en samlet analyse av undersøkelser foretatt i perioden 1998–2002.

Tobakksvaner

Røyking ble oppgitt i kategoriene «bruker daglig», «bruker av og til» og «bruker aldri» (tab 1). Dagligrøykerne ble bedt om å opplyse bruksintensitet for antall sigaretter per dag, mens av-og-til-røykerne oppgav gjennomsnittlig forbruk av sigaretter per uke. Tallene ble så omregnet til ukentlig forbruk (e-tab 2). Alle røykere skulle oppgi hvordan deres totalkonsum var sammensatt av fabrikkfremstilte og hjemmerullede sigaretter (e-tab 3). Under analysen ble følgende preferansekategorier brukt: Minst 75 % av forbruket var fabrikkfremstilte sigaretter, minst 75 % av forbruket var rulletobakk og en restkategori blandingsbruk, forbruket til røykere med mer likevektige preferanser for de to tobakkstypene.



Hovedbudskap

- Den idealtypiske røyker i Norge er nå en middelaldrende, skilt Fremskrittsparti-velger fra Nord-Norge med kort utdanning, lavt lønnet arbeid i industrien eller plassert utenfor arbeidsstyrken
- Sosiale, økonomiske, demografiske og kulturelle særtrekk ved røykerne kan indikere at masseutbredelsen av tobakk nå har nådd en historisk utløpsfase
- Atferden ser ut til å forlate samfunnet i samme sosiale orden som den kom inn for ca. 100 år siden

Tabell 1 Prosentandel røykere blant kvinner og menn etter høyeste fullførte utdanning, inntektslag og yrkeskategori. Data slått sammen for perioden 1998–2002. 95 % konfidensintervall i parentes. Aldersjusterte resultater

	Menn			Kvinner		
	Antall personer	Røyker daglig (%)	Røyker av og til (%)	Antall personer	Røyker daglig (%)	Røyker av og til (%)
<i>Høyeste fullførte utdanning</i>						
Grunnskole	349	43 (38–48)	5 (3–7)	427	47 (42–52)	7 (5–9)
Videregående skole	1 425	37 (35–40)	9 (8–10)	1 348	39 (36–42)	9 (8–11)
Høyskole/universitet	703	19 (16–22)	13 (11–15)	747	18 (15–21)	12 (10–14)
<i>Inntekt</i>						
1. tredel	824	38 (35–41)	9 (7–11)	828	33 (30–36)	8 (6–10)
2. tredel	781	32 (29–35)	9 (7–11)	775	38 (35–41)	9 (7–11)
3. tredel	851	27 (24–30)	12 (10–14)	835	28 (25–31)	13 (11–15)
<i>Yrke</i>						
Utenfor arbeidsstyrken ¹	274	43 (37–49)	10 (7–13)	455	41 (37–45)	6 (4–8)
Industri/transport/primærnærings	753	40 (37–44)	9 (7–11)	235	38 (32–44)	7 (4–10)
Handel/kontor/service/administrasjon	600	30 (26–34)	11 (9–14)	1 092	35 (32–38)	11 (9–13)
Teknisk/vitenskapelig	671	23 (20–26)	11 (9–13)	507	23 (19–27)	12 (9–15)
Alderspensjonister	246	22 (17–27)	4 (2–6)	289	21 (16–26)	4 (2–6)
Totalt	2 546	31 (29–33)	9 (8–10)	2 579	32 (30–34)	9 (8–10)

¹ Uføre, arbeidsledige, husmødre, personer under utdanning

Alle røykere ble bedt om å oppgi hvor gamle de var da de begynte å røyke, om de følte ubehag ved opphold i røykfylte rom (ja/nei) og grad av enighet i utsagnet: Vanligvis er det tillatt å røyke overalt hjemme hos meg (tab 4). I tillegg ble røykerne bedt om å sammenlikne helserisikoen fra rulletobakk med helserisikoen fra fabrikksigaretter (tab 4).

Sosial gruppe

Opplysninger om lengste fullførte utdanning ble kategorisert i tre grupper: høyskole/universitet, videregående skole og grunnskole. Personlig inntekt ble inndelt i tre like store grupper for hvert av årene 1998–2002. Respondenten ble plassert i den inntekstredel de tilhørte det året de ble spurt. Inntekten ble

beregnet kjønnsspesifikt. I datafilene fra 1998 og 1999 var yrke kodet etter Nordisk standard for yrkesklassifisering (NYK), mens Standard for yrkesklassifisering (STYRK) var brukt de øvrige tre årene. Normene har en hierarkisk inndeling der hvert siffer i koden betegner henholdsvis yrkesfelt, yrkesområde, yrkesgruppe og yrke. Konverteringen til felles

Tabell 4 Antall og prosentandel røykere i fire sosioøkonomiske grupper som ikke føler ubehag ved opphold i røykfylte rom, som ikke har restriksjoner for røyking i eget hjem, som vurderer helserisikoen ved rulletobakk som mindre eller lik risikoen ved fabrikkfremstilte sigaretter og som har startet å røyke før fylte 16 år. Data slått sammen for perioden 1998–2002. 95 % konfidensintervall i parentes

	Menn		Kvinner		Begge kjønn	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
<i>Føler ikke ubehag ved opphold i røykfylte rom</i>						
I (høyest)	166	(42) (35–50)	136	(31) (23–39)	302	(37) (32–42)
II	214	(46) (39–53)	210	(29) (23–35)	424	(38) (33–43)
III	358	(53) (48–58)	384	(28) (24–32)	742	(40) (36–44)
IV	203	(57) (50–64)	273	(36) (30–42)	476	(45) (41–50)
Alle røykere	941	(50) (47–53)	1 003	(31) (28–34)	1 944	(40) (38–42)
<i>Røyking vanligvis tillatt overalt hjemme</i>						
I (høyest)	168	(33) (26–40)	137	(32) (24–40)	305	(33) (28–38)
II	214	(40) (33–47)	210	(47) (40–54)	424	(43) (38–48)
III	361	(54) (49–59)	385	(42) (37–45)	746	(48) (44–53)
IV	204	(52) (45–59)	273	(58) (52–64)	477	(55) (51–59)
Alle røykere	947	(52) (49–55)	1 005	(46) (43–49)	1 952	(49) (47–51)
<i>Debutalder var 15 år eller yngre</i>						
I (høyest)	136	(15) (9–21)	117	(20) (13–27)	253	(18) (13–23)
II	196	(30) (24–36)	190	(19) (13–25)	386	(25) (21–29)
III	340	(37) (32–42)	362	(25) (21–29)	702	(31) (28–34)
IV	193	(41) (34–48)	253	(30) (24–36)	446	(35) (31–39)
Alle røykere	865	(33) (30–36)	922	(24) (21–27)	1 787	(28) (26–30)
<i>Rulletobakk har samme/lavere helserisiko enn fabrikksigaretter</i>						
I (høyest)	162	(47) (39–55)	131	(53) (44–62)	293	(50) (44–56)
II	205	(62) (55–69)	201	(65) (58–72)	406	(64) (59–69)
III	345	(67) (62–72)	368	(72) (67–77)	713	(70) (67–73)
IV	196	(75) (69–81)	259	(73) (68–78)	455	(74) (70–78)
Alle røykere	908	(64) (61–67)	959	(68) (65–71)	1 867	(66) (64–68)

Tabell 6 Bivariat og kontrollert oddsratio for å være daglig røyker etter sosioøkonomisk status, region, sentralitet, sivil status og partipreferanse for kvinner og menn. Data slått sammen for perioden 1998–2002. 95 % konfidensintervall i parentes

	Menn				Kvinner			
	Bivariat oddsratio		Kontrollert oddsratio		Bivariat oddsratio		Kontrollert oddsratio	
<i>Sosioøkonomisk status</i>								
I (høyest)	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
II	1,7	(1,3–2,2)	1,7	(1,2–2,3)	1,9	(1,4–2,5)	2,1	(1,5–2,8)
III	2,6	(2,0–3,4)	2,9	(2,1–3,8)	2,7	(2,0–3,6)	3,3	(2,5–4,5)
IV	2,8	(2,1–3,8)	3,3	(2,4–4,6)	2,9	(2,2–3,9)	3,8	(2,7–5,3)
<i>Region</i>								
Oslo/Akershus	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
Østfold/Vestfold	1,8	(1,3–2,5)	1,6	(1,1–2,4)	1,3	(1,0–1,8)	1,2	(0,8–1,6)
Hedmark/Oppland/Buskerud/Telemark	1,3	(1,0–1,8)	1,3	(1,0–1,9)	1,2	(1,0–1,6)	1,0	(0,7–1,4)
Agder/Rogaland/Hordaland/Sogn	1,2	(1,0–1,6)	1,2	(0,9–1,7)	1,2	(1,0–1,6)	1,1	(0,9–1,5)
Møre/Trøndelag	1,0	(0,8–1,4)	1,0	(0,7–1,4)	1,0	(0,8–1,3)	1,0	(0,7–1,3)
Nordland/Troms/Finnmark	1,6	(1,2–2,2)	1,5	(1,1–2,1)	1,6	(1,2–2,2)	1,4	(1,0–2,0)
<i>Sentralitet</i>								
Sprettbygd	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
Tettbygd	1,2	(1,0–1,5)	1,3	(1,0–1,6)	1,1	(0,9–1,4)	0,9	(0,7–1,2)
Bymessig	1,1	(0,9–1,4)	1,4	(1,1–1,8)	1,0	(0,8–1,2)	0,9	(0,7–1,2)
<i>Alder (år)</i>								
25–34	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
35–44	1,0	(0,8–1,3)	1,2	(0,9–1,6)	1,3	(1,0–1,6)	1,4	(1,1–1,8)
45–54	1,3	(1,0–1,7)	1,7	(1,3–2,2)	1,4	(1,1–1,7)	1,5	(1,1–1,9)
55–64	0,8	(0,6–1,1)	1,0	(0,8–1,4)	0,9	(0,7–1,1)	0,8	(0,6–1,1)
65–74	0,6	(0,5–0,9)	0,6	(0,4–0,8)	0,6	(0,4–0,8)	0,4	(0,3–0,6)
<i>Sivil status</i>								
Gift/partner	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
Samboer	1,5	(1,2–1,9)	1,4	(1,1–1,8)	1,7	(1,3–2,1)	1,5	(1,2–2,0)
Aleneboer	1,9	(1,5–2,3)	1,6	(1,3–2,1)	1,9	(1,6–2,3)	2,3	(1,8–2,9)
<i>Partipreferanse</i>								
Sentrumspartiene ¹	Referanse		Referanse		Referanse		Referanse	
SV/RV	1,7	(1,1–2,6)	1,6	(1,0–2,6)	2,5	(1,7–3,5)	2,3	(1,6–3,4)
Høyre	1,5	(1,1–2,1)	1,6	(1,1–2,2)	1,9	(1,3–2,7)	2,1	(1,4–3,1)
Arbeiderpartiet	1,9	(1,4–2,6)	1,5	(1,1–2,1)	2,5	(1,8–3,4)	2,3	(1,6–3,2)
Fremskrittspartiet	3,1	(2,2–4,2)	2,4	(1,7–3,4)	3,6	(2,6–5,1)	2,8	(1,9–4,0)
Partiløse	1,8	(1,3–2,5)	1,5	(1,1–2,1)	2,6	(2,0–3,6)	2,3	(1,7–3,2)

¹ Kristelig folkeparti, Senterpartiet og Venstre

klassifikasjon ble foretatt på 1. siffernivå. Under analysen ble i utgangspunktet ni yrkesfelter redusert til fem. Det første var yrker med krav om høyskole- og universitetsutdanning, teknikere og administrative ledere. Den andre var kontor- og kundeserviceyrker, samt salgs-, service- og omsorgsyrker. En tredje gruppe var yrker innen industri, bygg, anlegg, transport og primærnærings. Fjerde og femte kategori var alderspensjonister og personer utenfor arbeidsstyrken.

Variablene utdanningslengde, inntektsstørrelse og yrkesfelt inngikk i en indeks for sosioøkonomisk status som ble beregnet kjønns-spesifikt. For analysen ble indeksen inndelt i fire rangerte statusgrupper (I = høyest, IV = lavest).

Egen utdanning, inntekt og yrke har liten informasjonsverdi om sosial status for personer under 25 år da mange ennå befinner seg under utdanning. Personer under 25 år ble derfor ekskludert fra analysene.

Statistisk analyse

Resultater fra den deskriptive analysen er oppgitt som prevalenspunktestimater med

95 % konfidensintervaller og som gjennomsnitt med standardavvik. Alle resultater ble underlagt direkte aldersjustering. Logistisk regresjon ble benyttet for å kalkulere statistiske sammenhenger under kontroll for andre variabler.

Resultater

Svarrespons i undersøkelsene for perioden 1998–2002 var 70 %.

Andel dagligrøykere økte signifikant med fallende utdanningsnivå og avtakende inntekt hos begge kjønn (tab 1). Forekomsten av dagligrøyking var mer enn dobbelt så høy hos personer med grunnskole som hos dem med universitet/høyskoleutdanning. Færrest røykere ble observert i tekniske eller vitenskapelige yrker og flest blant personer sysselsatt i industri og transportsektoren samt hos personer utenfor arbeidsstyrken. Utbredelsen av leilighetsrøyking hadde motsatt gradient og ble redusert med fallende utdanning og inntekt. Blant røykere med høyskole/universitetsutdanning utgjorde dagligrøykerne bare seks av ti røykere, mens de i laveste utdan-

ningskategori representerte nesten ni av ti røykere.

Forbruksintensitet blant dagligrøykerne var høyest hos personer med kort utdanning og personer utenfor arbeidsstyrken (e-tab 2). Inntekt hadde mindre betydning som forklaring på variasjoner i konsummengde.

Det ble observert store forskjeller mellom de ulike gruppene i preferanser for type tobakksprodukt (e-tab 3). Rulletobakk var dominerende blant menn med kort utdanning og lav inntekt i manuelle yrker. Kvinner røykte i større grad fabrikkfremstilte sigaretter, men de samme sosiale ulikhetene i produktpreferanse var tydelige også her.

Regresjonsanalyse viste at utdanning var den viktigste forklaringsvariabel på røyking av de tre indikatorer for sosioøkonomisk status (e-tab 5). En annen regresjonsmodell som kontrollerte for sosiodemografiske forhold og partipreferanse, viste at indeksen for sosioøkonomisk status var den viktigste forklaring på variasjonen i røykeatferd i befolkningen (tab 6).

I forhold til røykere med høy sosioøkonomisk status, følte røykere med lav sosioøkonomisk status i mindre grad ubehag ved opphold i røykfylte rom og hadde sjeldnere innført restriksjoner for røyking i eget hjem (tab 4). Flere hadde også lavere debutalder og mente, feilaktig, at rulle tobakk hadde samme eller lavere helserisiko enn fabrikkfremstilte sigaretter (tab 4).

Diskusjon

Undersøkelsen bekrefter at røyking nå gjenstår som en atferd knyttet til sosial klasse og tilhørighet (deklassert atferd). Den idealtypiske røyker er en middelaldrende, skilt Fremskrittsparti-velger fra Nord-Norge med kort utdanning, lavt lønnet arbeid i industrien eller plassert utenfor arbeidsstyrken. Disse sosiale, økonomiske, demografiske og kulturelle særtrekk ved røykerne kan ifølge diffusjonsteori indikere at atferdsepidemien nå har nådd en historisk utløpsfase (12). Epidemien ser ut til å skulle forlate samfunnsarenaen i samme sosiale orden som den kom inn for ca. 100 år siden. Den gang var personer med høy utdanning pionerer i spredningsforløpet av den nye røyketrenden, mens de samme sosialgruppene nå velger å avstå fra å røyke.

I tillegg til at lavere sosioøkonomiske lag er kraftig overrepresentert blant røykerne, rapporteres forbruket per røyker å være høyere. Denne gruppen har dessuten større preferanse for rulle tobakk, som har vist seg å øke risiko for kreft (13). De har også startet yngre, noe som også øker risiko for sykdom senere (13). Færre har regler for å begrense røyking hjemme, de har større aksept for passiv røyking og er oftere feilinformert om helsefarene ved de ulike tobakkstypene. I en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet har vi vist at slutteraten er lavere, sluttet forsøkene færre, røykeidentiteten mer inngrodd og orienteringsevnen mot hjelpetiltak for å slutte er lavere, og diskutert hvilke årsaks mekanismer som kan ha bidratt til skjevheten i det sosiale spredningsmønsteret (14).

Fremtidig helsestatus

Den sosiale gradienten i dagens utbredelse av røyking er et hovedproblem i målsettingen om å redusere fremtidig ulikhet i helsestatus i befolkningen. Blant de om lag 50 sykdomstilstander som er assosiert med røyking, vil mange først oppstå etter flere tiårs tobakksforbruk. Den økende deklasseringen av røykerne siden 1970-årene har dermed økt det relative tilsiget av personer med lav sosial status blant de 7 500 nordmenn som nå årlig dør av tobakkskader. Siden 1950-årene har anslagsvis 200 000 personer dødd som følge av røyking. I løpet av neste 30-årsperiode kan nye 200 000 nordmenn komme til å dø av tobakkskader. Blant disse vil det ventelig være en enda sterkere overrepresentasjon av personer med kort utdanning og lav inntekt.

Ulikhetsreduserende virkemidler

Tiltak for å redusere innslaget av tobakksrøyking i befolkningen er få og består i hovedsak av avgifter, restriksjoner, informasjon og terapeutiske tiltak. Forskning viser at endringer i prisen på sigaretter slår ulikt ut i forskjellige befolkningsgrupper (15). Den mest følsomme etterspørselen er fra husholdninger som tilhører de laveste sosialgruppene. Dette betyr at avgiftsøkninger er et hensiktsmessig verktøy for å redusere den sosiale gradienten i røyking. Fordi prisøkninger vil «ramme» dem som fra før har minst, har det vært hevdet at tiltaket er sosialt regressivt og ikke progressivt (16). Etter vårt syn bør en fremtidig fordeling av helsestatus i befolkningen være et viktigere prinsipp i fordelingspolitikken enn hensynet til en nåtidig sosial ulikhet i tilgang på en vare som i tillegg er skadelig.

Det er ikke undersøkt empirisk om bruk av restriksjoner har ulik effekt mellom sosioøkonomiske grupper. Generelt er det vist at røykerestriksjoner på arbeidsplassen øker slutteraten og reduserer forbruksmengden til dem som fortsetter, men det er uvisst om ledere, funksjonærer og arbeidere responderer forskjellig (17). Fordi andel røykere er høyest blant arbeidere og fordi arbeidere representerer en stor gruppe mennesker, vil innføring av røykfrie arbeidsplasser kunne ha stor effekt på aggregatnivå. Irske styresmakter har nylig innført lovbeskyttelse mot røyking på alle arbeidsplasser, og Sosial- og helsedirektoratet i Norge har samme målsetting. Ett skritt på veien var innføringen av røykfrie serveringssteder fra 1.6. 2004. I tillegg til mindre eksponering for passiv røyking vil røykeforbudet ventelig også redusere serveringspersonalets egen røyking. Denne arbeidstakergruppen har relativt kort utdanning og lav inntekt.

Det finnes noe forskning om sosiale forskjeller i responsen på helseinformasjon. Denne tyder på at informasjon avlevert på individnivå, for eksempel fra helsepersonell, er den mest hensiktsmessige budskapskanal for å nå frem til de sosialgruppene hvor røyking er særlig utbredt (18–23). Personer med lang utdanning ser i tillegg ut til å dekode og respondere på helsebudskap kommunisert i massemediene. Undersøkelser viser imidlertid at helsepersonell har et stort forbedringspotensial når det gjelder intervensjoner for røyking i klinisk praksis (24). Sosial- og helsedirektoratet har de siste årene utdannet over 300 terapeuter innen røykeavvenning.

Språk sosiologiske undersøkelser kan tyde på at budskapsformen kan ha betydning. Det er mulig å skreddersy kampanjebudskapet til ulike sosiale lag bl.a. ved tilpasset bruk av lingvistiske språkkoder (25). Budskapsinnholdet i en kampanje bør avpasses mot målgruppens karakteristika. Det er bl.a. hevdet at bruk av emosjonelt budskap er best egnet for å rekke frem til personer med kort utdanning, men her finnes ikke noe overbevisende empirisk grunnlag.

e-tab 2, e-tab 3 og e-tab 5 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

- Lund KE. Røyking – kulturfenomen og risikofaktor. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al, red. Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
- Ustvedt Y. Den varme freden – den kalde krigen. Det skjeddte i Norge. Bind 1, 1945–1952. Oslo: Gyldendal, 1978.
- Lund KE. Utviklingen i tobakksforbruk og røykevaner – ligger Norge etter? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2177–80.
- Aarø LE, Bjartveit K, Vellar OD et al. Smoking habits among Norwegian doctors 1974. Scand J Social Med 1977; 5: 127–35.
- Tall om tobakk, 1973–2001. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
- Lund KE. Er røyking blitt lavstatus? Samfunnsspeilet. Tidsskrift om levekår og livsstil 1988; 3: 3–6.
- Arntzen A. Sociodemographic factors and outcomes of pregnancy. Doktoravhandling. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 1996.
- Risikofaktorer for hjerte-karsykdom i Norge. Resultater fra undersøkelser i 18 fylker. Oslo: Statens helseundersøkelser, 1997.
- Aarø LE. Health behaviour and socioeconomic status. A survey among the adult population in Norway. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1986.
- Rognerud M, Stensvold I, red. Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene i Oslo. Oslo: Ullevål sykehus/Oslo kommune, 1998.
- St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
- Lopez AD, Collishaw NE, Piah T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tob Control 1994; 3: 242–7.
- Engelard A, Haldorsen T, Andersen A et al. The impact of smoking habits on lung cancer risk: 28 years' observation of 26 000 Norwegian men and women. Cancer Causes Control 1996; 7: 366–76.
- Lund M, Lund KE. Røykeslutt og sosial ulikhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 0000–0.
- Chaloupka FJ, Warner K. The economics of smoking. I: Culyer AJ, Newhouse JP, red. Handbook of health economics. 17. utg., bd. 1b. New York: North Holland, 2000: 1539–1627.
- Marsh A, McKay S. Poor smokers. London: Policy Studies Institute, 1994.
- Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? Health Educ Res 2003; 18: 592–609.
- Tichenor PJ, Donohue GA, Olien CN. Community conflict and the press. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.
- Finnegan JR, Viswanath K. Communication theory and the health behaviour change: the media studies framework. I: Glantz K, Lewis F, Rimer, red. Health behaviour and health education. 3. utg. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
- Childers T, Post J. The information-poor in America. Meruchen, NJ: Scarecrow Press, 1975.
- Freimuth VS, Mettger W. Is there a hard-to-reach audience. Public Health Reports 1990; 105: 232–8.
- 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.
- Mechanic D. Socioeconomic status and health: an examination of underlying processes. I: Bunker J, Gomby D, Kehrer BH, red. Pathways to health: the role of social factors. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Foundation, 1989.
- Helgasons AR, Lund KE. General practitioners perceived barriers to smoking cessation. Results from four Nordic countries. Scand J Public Health 2002; 30: 141–7.
- Bernstein B. Class, codes and control. London: Routledge and Kegan Paul, 1975.