

Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å kartlegge røykeslutt, slutforsøk, vurdering av røykeslutt, fremtidig røykeidentitet og kjennskap til hjelpetiltak i ulike sosioøkonomiske grupper.

Materiale og metode. Opplysninger ble hentet fra Sosial- og helsedirektoratets nasjonale databank om røykevaner.

Analysene ble foretatt på grunnlag av svar fra 5 125 personer i alderen 25–74 år for perioden 1998–2002.

Resultater. Slutteraten økte med stigende sosial status og var høyere blant personer i parforhold. I en multivariat modell med kjønn, alder, produktpreferanse, forbruksmengde og debutalder hadde sosial status ikke effekt på vurdert røykeslutt, fremtidig røykeidentitet og kjennskap til hjelp for røykeslutt. Produktpreferanse og forbruk hadde effekt på fremtidig røykeidentitet.

Fortolkning. Manglende interesse for å slutte å røyke blant dagligrøykere er fremtredende blant rulletobakksrøykere, de som røyker mer enn 20 sigaretter per dag, og som startet sin røykekarriere tidlig i livsløpet. Sterk grad av nikotinhengighet og tilhørighet i sosiale nettverk med sterkt røykepositive verdier kan være årsak til manglende interesse for å slutte å røyke. Økt fokus på røykfrie arbeidsplasser kan bidra til å øke slutteraten i lavere sosiale lag.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Marianne Lund

marianne.lund@sirus.no

Karl Erik Lund

Jostein Rise

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)

Postboks 565 Sentrum

0157 Oslo

Sosiodemografiske variabler som alder, utdanning, yrke, etnisk bakgrunn og sivil status har i internasjonale studier vist seg å ha sammenheng med røykeslutt (1–3). Noen studier viser til høyere slutterater blant menn (4). Mens helsegevinstene ved redusert nyrekruttering vil oppnås på meget lang sikt i en befolkning, vil det å slutte for den enkelte røyker medføre umiddelbare helsegevinster for røykerne uansett når i livsløpet røykeslutt inntreffer, uansett forbruksintensitet og uansett hvilken helsestatus røykeren måtte ha på sluttetidspunktet (5).

Personer i lavere sosioøkonomiske lag er kraftig overrepresentert blant røykerne, slik vi har vist i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (6). Den vedvarende forskjellen i røyking mellom sosioøkonomiske grupper har vært kjent lenge og representerer et hovedproblem i målsettingen om å redusere fremtidig ulikhet i helsestatus i befolkningen. Likevel har aldri noe myndighetsorgan i Norge forsøkt å tilpasse et tobakksforebyggende program til grupper i befolkningen med kort utdanning og lav inntekt eller grupper der røyking er spesielt utbredt, slik det er gjort for eksempel i Storbritannia (7). Et prøveprosjekt er under utvikling i regi av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (prosjektleder Trine F. Andersen, personlig meddelelse).

Materiale og metode

Formålet med denne studien var å kartlegge aktiviteter knyttet til det å slutte å røyke i ulike sosialgrupper. Datagrunnlaget er hentet fra de årlige røykevaneundersøkelsene som Statistisk sentralbyrå har utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. En samlefil for femårsperioden 1998–2002 ble lagt til grunn for analysene. Nærmere redegjørelse for datamaterialet, svarrespons og relevante variabelkonstruksjoner er presentert i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (6).

I e-tabell 1 og tabell 2 presenteres forhenværende dagligrøykere, nåværende dagligrøykere og slutterater. Slutterate, et mye anvendt begrep i røykeepidemiologi, frem-

kommer ved å betrakte andel forhenværende dagligrøykere som en prosentandel av dem som noen gang har røykt daglig:

$$\frac{\text{forhenværende dagligrøykere} \times 100}{\text{forhenværende} + \text{nåværende dagligrøykere}}$$

I tabell 3 og tabell 4 presenteres svarene på følgende spørsmål:

- Har du gjort forsøk på å slutte å røyke i løpet av det siste året?
- Vurderer du seriøst å slutte å røyke i løpet av de neste seks månedene?
- I 1996 ble det opprettet en gratis opplysningstelefon om røyking og røykeslutt, Røyketelefonen. Har du hørt om denne?

Svarene ble avgitt i et ja/nei-format. I tillegg ble respondenten stilt følgende spørsmål: «Kan du prøve å forutsi dine røykevaner omkring fem år fra nå? Hvilket av følgende svar passer best?». Svaralternativer var:

- Kommer helt sikkert til å røyke daglig
- Kommer antakelig til å røyke daglig
- Kommer antakelig ikke til å røyke daglig
- Kommer helt sikkert ikke til å røyke daglig

Under analysen ble henholdsvis de to første og to siste svaralternativer slått sammen. Studier viser at intensjon om å røyke fem år frem i tid er en signifikant prediktor for fremtid røykestatus, og dermed et robust mål for fremtidig røykeidentitet (8).

Dataanalyse

Multippel logistisk regresjon ble benyttet for å beregne de isolerte effektene fra de uavhengige variablene på de avhengige. Resultatene i e-tabell 1 og 2 er presentert kjønns spesifikt, mens kjønn ble behandlet som en ordinær bakgrunnsvariabel i tabell 3 og 4. Dette ble gjort av presentasjonshensyn. For eldre tenåringer og yngre voksne er utdanningslengde, inntektsstørrelse og yrkeskategori lite relevante mål på sosioøkon-



Hovedbudskap

- Det å slutte å røyke er sosialt skjevfordelt
- Tidlig debut, høyt forbruk og bruk av rulletobakk svekker sjansen for røykeslutt
- Det er behov for spesielle tiltak for å nå røykere i lavere sosiale lag

Tabell 2 Antall forhenværende dagligrøykere, nåværende dagligrøykere, aldersjusterte slutterater og kontrollert oddsratio for å være forhenværende dagligrøyker etter alder, sivil status, sosial status, bosted og landsdel. Data gjelder personer i aldersgruppen 25–74 år (n = 5 131) og er slått sammen for perioden 1998–2002. 95 % konfidensintervall i parentes

	Menn				Kvinner			
	Antall forhenværende dagligrøykere (A)	Antall nåværende dagligrøykere (B)	Slutterater $\frac{A \times 100}{A + B}$	Justert ² oddsratio	Antall forhenværende dagligrøykere (A)	Antall nåværende dagligrøykere (B)	Slutterater $\frac{A \times 100}{A + B}$	Justert ² oddsratio
<i>Alder (år)</i>								
25–34	99	203	32,8	Referanse	132	195	40,4	Referanse
35–44	148	195	43,1	1,3 (0,9–1,8)	142	239	37,3	0,8 (0,6–1,1)
45–54	177	218	44,8	1,3 (0,9–1,9)	174	217	44,5	1,0 (0,8–1,5)
55–64	160	116	58,0	2,2 (1,5–3,2)	117	114	50,6	1,7 (1,1–2,4)
65–74	155	68	69,5	4,6 (3,0–7,0)	76	60	55,9	2,8 (1,8–4,4)
<i>Sivil status</i>								
Aleneboer	122	239	32,0	Referanse	132	264	33,1	Referanse
Samboer	105	160	39,1	1,5 (1,0–2,1)	102	151	40,4	1,9 (1,3–2,7)
Gift/registrert partner	510	396	54,6	2,0 (1,5–2,7)	407	403	50,8	2,3 (1,7–3,0)
<i>Sosial status¹</i>								
IV (lav)	157	206	36,5	Referanse	132	228	37,6	Referanse
III	259	293	41,7	1,5 (1,1–1,9)	233	318	43,1	1,4 (1,1–1,9)
II	170	169	47,3	1,7 (1,2–2,4)	131	156	45,6	1,7 (1,2–2,5)
I (høy)	122	94	55,5	2,4 (1,7–3,6)	119	78	59,1	3,4 (2,3–5,0)
<i>Sentralitet</i>								
Spredtbygd	194	181	49,4	Referanse	138	187	43,0	Referanse
Tettbygd	256	290	45,2	0,8 (0,6–1,1)	222	309	41,8	1,0 (0,7–1,4)
Bymessig	289	329	45,3	0,8 (0,6–1,1)	278	327	45,2	1,1 (0,8–1,5)
<i>Region</i>								
Oslo og Akershus	159	146	49,9	Referanse	146	157	47,7	Referanse
Østfold og Vestfold	58	90	37,9	0,5 (0,3–0,8)	64	88	41,4	0,8 (0,5–1,2)
Øvrige østlandsfylker	128	149	44,9	0,7 (0,5–1,1)	100	145	41,3	0,9 (0,6–1,3)
Sør- og Vestlandet	198	215	46,4	0,8 (0,6–1,2)	166	220	43,0	1,0 (0,7–1,3)
Møre og Romsdal og Trøndelag	121	103	52,8	1,1 (0,7–1,6)	105	113	48,5	1,1 (0,7–1,6)
Nord-Norge	75	97	40,9	0,7 (0,5–1,1)	60	102	36,8	0,7 (0,5–1,1)
Totalt	739	800	46,2	–	641	825	43,6	–

¹ Basert på inntekt, yrke og utdanning² Justert for alle variabler i modellen

misk status. Personer i aldersgruppen 16–24 år ble derfor utelatt fra analysen. Alle slutterater ble aldersjustert.

Resultater

De aldersjusterte slutteratene i undersøkelsespopulasjonen var 46,2% for menn og 43,6% for kvinner (e-tab 1). For begge kjønn økte slutteraten med utdanningslengde. Etter kontroll for alder, inntekt og yrke hadde fortsatt personer med høyskole/universitetsutdanning signifikant høyere sannsynlighet (odds) for å ha sluttet enn personer med grunnskole. For menn gav høy inntekt

signifikant høyere sannsynlighet (odds) for å ha sluttet, mens yrkeskategori ikke gav utslag. For kvinner hadde inntektsstørrelse liten innvirkning, mens personer utenfor arbeidsstyrken og personer sysselsatt i handel/kontor/servicenæring i størst grad hadde unnlatt å slutte.

I tabell 2 ble utdanning, inntekt og yrke slått sammen til en indeks for sosial status, og effekten på røykeslutt ble kontrollert for alder, sivilstatus og bosted. Sannsynlighet (odds) for å ha sluttet å røyke økte jevnt med stigende sosioøkonomisk status. Bortsett fra alder, var det ingen av kontrollvariablene

som hadde samme utslag som sosial status. Det å leve i registrert parforhold økte sannsynligheten for røykeslutt både for menn og kvinner.

Personer med grunnskole som lengste fullførte utdanning var overrepresentert blant dagligrøykere som ikke hadde gjort forsøk på å slutte siste år, som ikke vurderte å slutte i løpet av de neste seks månedene (kun bivariat sammenheng), som hadde en fremtidig røykeidentitet og som ikke hadde hørt om Røyketelefonen (kun bivariat sammenheng) (tab 3). Inntekt og yrkestilhørighet hadde ingen betydning for faktisk eller planlagt

Tabell 3 Oddsratio for røykeslutforsøk, fremtidig røykeslutt, forventet røykestatus om fem år og kjennskap til Røyketelefonen etter alder, kjønn, utdanning, inntekt og yrke. Dagligrøykere 25–74 år (n = 1 625). Data slått sammen for perioden 1998–2002. 95 % konfidensintervall i parentes

	Ikke gjort slutforsøk siste året		Vurderer ikke å slutte i løpet av de neste seks måneder		Kommer til å røyke om fem år		Har ikke hørt om Røyketelefonen	
	Bivariat oddsratio	Justert ¹ oddsratio	Bivariat oddsratio	Justert ¹ oddsratio	Bivariat oddsratio	Justert ¹ oddsratio	Bivariat oddsratio	Justert ¹ oddsratio
<i>Høyeste fullførte utdanning</i>								
Høgskole/universitet	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
Videregående skole	1,3 (0,9–1,8)	1,4 (1,0–2,1)	1,2 (0,9–1,5)	1,1 (0,8–1,5)	2,2 (1,8–2,6)	1,9 (1,5–2,4)	0,9 (0,8–1,1)	0,8 (0,7–1,0)
Grunnskole	2,3 (1,4–3,7)	2,4 (1,4–4,1)	1,7 (1,2–2,4)	1,3 (0,9–2,0)	3,3 (2,6–4,1)	3,1 (2,4–4,1)	1,6 (1,3–1,9)	0,9 (0,7–1,2)
<i>Inntekt</i>								
Høyeste tredel	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
Midterste tredel	1,1 (0,8–1,5)	1,1 (0,8–1,5)	1,0 (0,8–1,3)	1,0 (0,8–1,3)	1,6 (1,3–1,9)	1,2 (1,0–1,5)	0,9 (0,8–1,1)	1,0 (0,8–1,1)
Laveste tredel	1,2 (0,8–1,6)	1,2 (0,8–1,7)	1,3 (1,0–1,7)	1,2 (0,9–1,7)	1,6 (1,4–1,9)	1,2 (0,9–1,5)	1,4 (1,2–1,6)	1,2 (1,0–1,4)
<i>Yrke</i>								
Teknisk/vitenskapelig	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
Industri/transport/primærnæring	0,8 (0,5–1,3)	0,6 (0,4–1,0)	1,1 (0,8–1,6)	1,0 (0,7–1,4)	2,0 (1,6–2,5)	1,3 (1,0–1,7)	1,1 (0,9–1,3)	1,2 (1,0–1,5)
Handel/kontor/service/administrasjon	0,8 (0,6–1,2)	0,8 (0,5–1,2)	0,9 (0,6–1,2)	0,8 (0,6–1,1)	1,6 (1,3–1,9)	1,3 (1,1–1,7)	0,9 (0,8–1,1)	1,0 (0,8–1,2)
Utenfor arbeidsstyrken	0,9 (0,6–1,4)	0,6 (0,4–1,1)	1,0 (0,7–1,5)	0,3 (0,1–1,6)	2,7 (2,1–3,4)	1,1 (0,5–2,4)	1,1 (0,9–1,3)	1,2 (0,7–2,1)
Alderspensionister	1,3 (0,7–2,5)	1,3 (0,2–7,9)	1,2 (0,8–1,9)	0,8 (0,5–1,2)	1,2 (0,9–1,6)	1,9 (1,5–2,6)	2,9 (2,3–3,5)	1,0 (0,7–1,1)

¹ Kontrollert for alle variabler i modellen, inkludert alder og kjønn

Tabell 4 Oddsratio for røykeslutforsøk, fremtidig røykeslutt, forventet røykestatus om fem år og kjennskap til Røyketelefonen etter kjønn, alder, sosial status, produktpreferanse, røykemengde og debutalder. Dagligrøykere 25–74 år (n = 1 625). Data slått sammen for perioden 1998–2002. 95 % konfidensintervall i parentes

	Ikke gjort slutforsøk siste år		Vurderer ikke å slutte i løpet av de neste seks månedene		Kommer til å røyke om fem år		Har ikke hørt om Røyketelefonen	
	Bivariat oddsratio	Justert ¹ oddsratio	Bivariat oddsratio	Justert ¹ oddsratio	Bivariat oddsratio	Justert ¹ oddsratio	Bivariat oddsratio	Justert ¹ oddsratio
<i>Kjønn</i>								
Mann	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
Kvinne	0,8 (0,6–1,0)	0,9 (0,7–1,2)	0,8 (0,7–1,0)	1,2 (0,9–1,5)	1,0 (0,9–1,1)	1,1 (0,9–1,4)	1,0 (0,9–1,1)	0,8 (0,6–1,0)
<i>Alder (år)</i>								
25–34	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
35–44	1,2 (0,9–1,8)	1,3 (0,9–1,8)	0,9 (0,7–1,2)	1,2 (0,9–1,6)	1,2 (1,0–1,5)	1,1 (0,8–1,5)	1,2 (1,0–1,4)	0,9 (0,6–1,4)
45–54	1,6 (1,1–2,2)	1,6 (1,1–2,4)	1,1 (0,8–1,4)	1,2 (0,9–1,6)	1,4 (1,1–1,7)	1,1 (0,8–1,6)	1,5 (1,3–1,8)	1,0 (0,6–1,4)
55–64	2,1 (1,3–3,4)	2,0 (1,1–3,5)	1,5 (1,0–2,1)	1,9 (1,3–2,8)	1,2 (1,0–1,5)	1,9 (1,3–2,8)	2,4 (2,0–2,9)	1,1 (0,7–1,8)
65–74	1,9 (1,1–3,5)	1,8 (0,9–3,5)	1,4 (0,9–2,2)	2,1 (1,3–3,5)	0,9 (0,7–1,1)	2,1 (1,3–3,4)	3,9 (3,2–4,8)	2,4 (1,4–4,1)
<i>Sosial status²</i>								
I (høy)	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
II	1,0 (0,6–1,6)	0,9 (0,6–1,5)	1,0 (0,7–1,4)	0,9 (0,6–1,3)	1,7 (1,3–2,2)	0,8 (0,6–1,3)	0,9 (0,7–1,0)	0,6 (0,3–1,0)
III	1,1 (0,7–1,6)	0,9 (0,6–1,5)	1,1 (0,8–1,5)	1,1 (0,6–1,3)	2,4 (1,9–3,1)	1,1 (0,8–1,7)	1,0 (0,9–1,2)	0,9 (0,5–1,4)
IV (lav)	1,5 (0,9–2,4)	1,1 (0,7–1,9)	1,5 (1,1–2,2)	1,4 (0,8–1,7)	3,1 (2,4–4,0)	1,3 (0,9–2,0)	1,5 (1,2–1,8)	1,3 (0,8–2,1)
<i>Produktpreferanse³</i>								
Filtersigaretter	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
Blandingsbruk	1,6 (0,9–2,9)	1,6 (0,9–3,0)	2,0 (1,3–3,0)	1,6 (1,1–2,8)	1,7 (1,1–2,6)	1,5 (1,0–2,4)	1,5 (0,9–2,5)	1,3 (0,7–2,3)
Rullesigaretter	1,8 (1,4–2,4)	1,6 (1,2–2,2)	1,7 (1,4–2,2)	1,5 (1,3–2,0)	1,8 (1,5–2,3)	1,5 (1,2–1,9)	1,6 (1,2–2,0)	1,4 (1,0–1,9)
<i>Røykemengde</i>								
≤ 9 sigaretter per dag	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
10–19 sigaretter per dag	1,2 (0,9–1,6)	1,1 (0,8–1,5)	1,2 (0,9–1,5)	1,4 (0,8–1,4)	1,4 (1,1–1,9)	1,3 (1,0–1,8)	1,0 (0,8–1,4)	1,0 (0,7–1,5)
≥ 20 sigaretter per dag	1,9 (1,3–2,9)	1,8 (1,1–2,8)	1,4 (1,0–1,9)	2,2 (0,9–1,8)	2,3 (1,7–3,1)	2,2 (1,6–3,1)	1,2 (0,8–1,7)	1,1 (0,7–1,8)
<i>Debutalder (år)</i>								
≤ 15	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse	Referanse
16–19	0,8 (0,6–1,1)	0,8 (0,6–1,2)	0,7 (0,6–0,9)	0,9 (0,6–1,0)	0,7 (0,5–0,8)	0,8 (0,7–1,1)	0,8 (0,6–1,0)	0,7 (0,5–1,0)
≥ 20	0,7 (0,5–1,0)	0,7 (0,5–1,1)	0,7 (0,5–0,9)	0,6 (0,5–1,0)	0,5 (0,4–0,6)	0,6 (0,5–0,9)	1,2 (0,9–1,4)	1,1 (0,8–1,7)

¹ Justert for alle variabler i modellen

² Konstruert på bakgrunn av variablene utdanning, inntekt og yrke

³ Totalforbruk består av minimum 75 % ferdigsigaretter eller 75 % rullesigaretter; resten inngår i verdien blandingsbruk

slutteforsøk. Det var signifikant forskjell mellom laveste og høyeste inntektsgruppe for fremtidig røykeidentitet og kjennskap til Røyketelefonen. Over 60 % av dagligrøykere som stod utenfor arbeidsstyrken antok at de også ville røyke daglig om fem år.

I en modell som kontrollerte for kjønn, alder, produktpreferanse, forbruksmengde og debutalder, var det ingen sammenheng mellom sosial status og intensjon om røykeslutt, fremtidig røykeidentitet og kjennskap til hjelp for røykeslutt (tab 4). Høyt tobakksforbruk og preferanse for rulletobakk var sterkt assosiert med manglende slutteforsøk siste år, manglende interesse for røykeslutt i løpet av de neste seks måneder og fremtidig røykeidentitet. Personer med tidlig røykedebut planla i mindre grad en fremtidig røykeslutt.

Kjønnsseparate analyser viste at sosial status (kun kontrollert for alder) hadde betydning for menns manglende slutteforsøk siste år. Det var signifikant høyere sannsynlighet (odds) for ikke å ha foretatt slutforsøk siste år i den laveste statusgruppen sammenliknet med den høyeste. I en tilsvarende modell for kvinner hadde sosial status ingen effekt på manglende slutteforsøk siste år.

Ved testing på om det var sosiale ulikheter blant forhenværende røykere i det å ha benyttet minst ett av følgende hjelpemidler i røykeavvenningen: nikotinplaster, nikotintyggegummi, fulgt kurs eller oppsøkt helsepersonell, var det blant menn signifikant flere fra den høyeste sosialgruppe (14 %; n = 123) enn fra laveste (3 %; n = 118) som hadde sluttet å røyke med slik hjelp. Blant kvinner var det ikke signifikante forskjeller mellom de ulike sosialgruppene. Det var ikke sosiale forskjeller i det å benytte familie og venner i slutteprosessen.

Diskusjon

Røyking og sosial ulikhet er et velkjent og utbredt problem i vestlige, protestantiske land (7, 9). Sammenhengen mellom sosial status og røykeslutt er også godt dokumentert (1, 2, 10–13), men få har forsøkt å forklare hvorfor disse forskjellene oppstår (14). Fravær av kunnskap på dette området betyr at det tiltaksrettede arbeidet har et svakt grunnlag for å måltilpasse virkemidler til befolkningslag med kort utdanning og lav inntekt. I Norge er temaet blitt gitt økt oppmerksomhet og prioritet i det helseforebyggende arbeidet den senere tid (15).

Sosial gradient i slutteaktivitet

Vår undersøkelse viser at sjansen for at røykere slutter, øker når sosioøkonomisk status er høy. Av indikatorene for sosialgruppe har utdanningslengde sterkere betydning enn inntektsstørrelse og yrkeskategori. Dette tyder på at røyking som sosialt fenomen nå er i ferd med å bli deklassert. Den samme gruppe som introduserte røyking i røykeepidemiens startfase, dvs. høystatusgruppene, er nå de første til å gi slipp på atferden. I røykeepidemiens slutfase kjennetegnes de siste

som ennå ikke har endret atferd, dvs. sluttet å røyke, ved en sterk lokal og tradisjonell verdiforankring, de er knyttet til fortiden og er skeptiske til endringer (16). Det er to mulige mekanismer som kan generere den skjevfordelte slutteraten, fravær av slutteforsøk og at slutteforsøkene i større grad mislykkes blant lavere sosiale lag. Andre undersøkelser har funnet at begge mekanismene er mer utbredt i depriverte grupper (3, 17, 18) og i grupper med kort utdanning (18, 19).

Undersøkelsen viser at de som røyker rulletobakk og har et høyt sigarettforbruk, i minst grad er opptatt av å slutte å røyke. De har heller ingen fremtidsperspektiver når det gjelder røykeslutt og er dårligere informert om hjelpetilbud for røykeslutt. Rulletobakk inneholder mer nikotin enn ferdigsigaretter, og høy grad av nikotinvhengighet kan være en av forklaringene. Høyt røykekonsum blant menn i lavere sosioøkonomiske lag er observert andre steder (20). Ved bruk av biokjemiske målemetoder er det registrert en systematisk sammenheng mellom nikotininntak og sosial status (21), og forbruksintensitet er negativt korrelert med sjansene for vellykket røykeslutt (3, 13). Et annet kjennetegn ved røykere som ikke planlegger røykeslutt, er tidlig debutalder. Debutalderen er lavere blant personer med lav sosial status (6), og tidlig røykedebut er forhold som svekker sjansene for vellykket røykeslutt (3, 22).

I vår undersøkelse ble det ikke observert noen signifikant sosial gradient, verken i rapporterte slutteforsøk siste år eller i intensjonen for å slutte i løpet av de neste seks måneder. Tilsvarende observasjon er gjort av andre (23, 24). Årsaken til manglende sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og manglende intensjon for røykeslutt blant dagligrøykere kan ha med den seleksjon som allerede har funnet sted, hvor dagligrøykere i hovedsak består av personer med lav sosioøkonomisk status. Bivariat analyse viste imidlertid at sannsynligheten for fremtidig røykeidentitet øker med synkende sosioøkonomisk status. Røykere med høy sosial status planlegger å slutte en gang i fremtiden. De beveger seg i sosiale nettverk med andre ikke-røykere og i omgivelser preget av røykfrihet. Den økende sosioøkonomiske forskjellen i røykeslutt har av andre blitt knyttet til det sosiale miljø, og at dette er en faktor som gjør det lettere for personer med høyere sosioøkonomisk status å slutte (25). Samme studie viste at lav sosial deltakelse delvis forklarte den sosioøkonomiske forskjellen i røykeslutt. Det er også funnet at tid tilbrakt sammen med andre røykere er forhold som hindrer vellykket røykeslutt (17).

Implikasjoner

Det tobakksforebyggende arbeidet står overfor store utfordringer når det gjelder utjevning av sosioøkonomiske forskjeller i røykeslutt. Ut fra de foreliggende resultater vil det

innebære tiltak rettet mot dem som røyker mest, og som røyker den farligste tobakken. Pris er ett av virkemidlene, og de gruppene som er mest prissensitive er ungdom og personer fra lavere sosiale lag (7). Ved årsskiftet 2003/04 ble prisen på rulletobakk satt opp til samme nivå som filtersigaretter (26), men det er ikke dokumentert hvilken effekt denne prisøkningen har hatt på røykeatferden. Tilgangen på nikotinerstatningsprodukter er bedret ved salg i dagligvarehandelen. Det er tidligere vist at røykere i lavere sosiale lag mangler tiltro til at nikotinerstatningsprodukter har effekt (27). Manglende tro på at det virker, kombinert med den kostnad bruk av nikotinerstatningsprodukter innebærer, kan være en forklaring på at røykere fra laveste sosialgruppe i mindre grad enn fra høyeste har benyttet seg av slik hjelp.

Det er blitt påpekt at tiltak rettet mot lavere sosioøkonomiske lag i større grad må ta i betraktning den sosiale kontekst disse røykerne lever i (14). Blant annet gjelder dette arbeidsforhold. Å skape røykfrie arbeidsplasser for denne gruppen, bør prioriteres og vil være et viktig utjevneende tiltak. Foreløpige analyser viser at om lag en tredel av ansatte innen industri, transport og anlegg blir eksponert for passiv røyking i mer enn en time per dag. Tilsvarende andel blant ansatte i tekniske og vitenskapelige yrker er 7%. Tilgangen til røykfrie arbeidsplasser, tilbud om informasjon og hjelp til røykeslutt og røykeforbud i kantine og spiserom er også skjevfordelt mellom disse to yrkesgruppene (28). Det er også vist til økt slutteaktivitet blant ansatte på arbeidsplasser der man har innført restriksjoner, og effekten var større jo strengere restriksjonene var (29).

Røykere utenfor arbeidslivet, slike som hjemmeværende, arbeidsledige og uføre, kan det også være vanskelig å nå. Effektivt individbasert hjelp til røykeslutt kan gis gjennom helsepersonell, og det er nå utviklet retningslinjer for røykeavvenning i primærhelsetjenesten (30). Allmennleger når frem til et bredt lag av befolkningen, og personer fra lavere sosioøkonomiske lag er best tjent med helsebudskap gitt på individnivå. Røykere utenfor arbeidslivet bør være definert som egen målgruppe i dette arbeidet.

Usikkerhet ved beregning av slutterate

Bruk av slutterate som indikator på røykeslutt har visse begrensninger. For det første viser slutteratene kun opphør av dagligrøyking. Forhenværende dagligrøykere som nå røyker av og til eller som har gått over til andre tobakksprodukter, regnes inn blant dem som har sluttet. For det andre er det heller ikke tatt hensyn til varigheten på abstinensperioden, slik at personer som har vært røykfrie i tre dager tillegges samme vekt som personer med flere års røykfrihet bak seg. Beregningen skiller heller ikke mellom en nåværende dagligrøyker som akkurat har

begynt igjen etter lang tids opphold, og en røyker som aldri har forsøkt å slutte.

Da røyking med tiden er blitt en normativ avviktsatferd, vil det forekomme en del feilklassifikasjoner av røykestatus fra respondentene. Det er uvisst hvor stor underrapporteringen av røyking er i undersøkelser av denne typen. Overdødeligheten av røykere vil medføre et såkalt demografisk bias for beregningen av slutterate i de eldste aldersgruppene. Her vil andelen personer som noen gang har røykt, ha blitt mindre som følge av økt dødsrisiko ved røyking, og slutteraten følgelig bli kunstig høy. På tross av disse svakhetene har det vist seg at slutteraten er en robust og nyttig indikator for observasjon av slutteaktivitet over tid og for å kartlegge hvilke faktorer som påvirker slutterater til en gitt tid (31).

Dataene som er benyttet i denne studien, er hentet fra Røykevaneundersøkelsene fra 1998–2002. Data i anonymisert form er stilt til disposisjon gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Innsamling og tilrettelegging av data ble opprinnelig utført av Statistisk sentralbyrå (SSB). Verken SSB eller NSD er ansvarlige for analysene eller de tolkingene som er gjort her.

e-tab 1 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

1. Kabat GC, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. *Am J Pub Health* 1987; 77: 1301–5.
2. Novotny TE, Warner KE, Kendrick JS et al. Smoking by black and whites: socioeconomic and demographic differences. *Am J Pub Health* 1988; 78: 1187–9.
3. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A et al. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997; 6 (suppl 2): 57–62.
4. Jarvis MJ. Gender differences in smoking cessation: real or myth? *Tob Control* 1994; 3: 324–8.
5. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: A report from the Surgeon General. Washington, D.C.: US Government Printing Office, 1990.
6. Lund KE, Lund M. Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 0000–0.
7. Platt S, Amos A, Gnich W et al. Smoking policies. I: Mackenbach J, Bakker M, red. *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge, 2002: 125: 43.
8. Wakefield M. The role of smoking intentions in predicting future smoking among youth: findings from monitoring the future data. *Addiction* 2003; 99: 914–22.
9. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurst JJ et al. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000; 320: 1102–7.
10. DuNah RE, Holly EA, Ahn DK. Demographics and cigarette smoking among women. *Prev Med* 1991; 20: 262–70.
11. Flint AJ, Novotny TE. Poverty status and cigarette smoking prevalence and cessation in the United States, 1983–1993: the independent risk of being poor. *Tob Control* 1997; 6: 14–8.
12. Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Calle ME et al. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med* 2001; 33: 241–8.
13. Burns DM, Warner KE. Smokers who have not quit: Is cessation more difficult and should we change our strategies? I: Those who continue to smoke. Is achieving abstinence harder and do we need to change our interventions? Smoking and tobacco control monograph No. 15. 4/2003. Washington, D.C.: U.S. Dep of Health and Human Services, 2003: 11–31.
14. Sorensen G, Barbeau E, Hunt MK et al. Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *Am J Public Health* 2004; 94: 230–9.
15. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
16. Rogers E. Diffusion of innovations. 5. utg. New York: The Free Press, 2003.
17. Richmond R, Kehoe L, Webster I. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88: 1127–35.
18. Wilcox N, Prochaska J, Velicer W et al. Subject characteristics as predictors of self-change in smoking. *Addictive Behaviors* 1985; 10: 407–12.
19. Hatziafreu E, Pierce J, Lefkopoulou M. Quitting smoking in the United States in 1986. *J Nat Cancer Inst* 1990; 82: 1402–6.
20. Bobak M, Jarvis MJ, Skodova Z et al. Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. *Tob Control* 2000; 9: 310–2.
21. Jarvis MJ, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. I: Marmot M, Wilkinson RG, red. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press, 1999: 240–53.
22. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav* 1999; 24: 673–7.
23. Barbeau EM, Krieger N, Soobader MJ. Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health* 2004; 94: 269–78.
24. West R, McEwen A, Bolling K et al. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow up. *Addiction* 2001; 96: 891–902.
25. Lindström M, Hanson BS, Östergren PO et al. Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation. *Scand J Public Health* 2000; 28: 200–8.
26. Redusert tobakksalg i Norge. Pressemelding. Sosial- og helsedirektoratet, 13. august 2004. www.shdir.no/shdir/index.db2?id=12538 (8.9.2004).
27. Wiltshire S, Bancroft A, Parry O et al. «I came back here and started smoking again»: perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers. *Health Educ Res* 2003; 18: 292–303.
28. Lund KE, Lund M. Røyking og framtidige klasseforskjeller i helsestatus. Forebyggingsstrategier. Notat. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2004.
29. Moskowitz JM, Lin Z, Hudes ES. The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking cessation. *Am J Public Health* 2000; 90: 757–61.
30. Røykeavvenning i primærhelsetjenesten. Retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
31. Reducing the health consequences of smoking. A report from the Surgeon General. DHHS Publication No. (CDC) 89–8411, 1989. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services, 1989.