
En vellykket røykelov, men mer må til

INVITERT KOMMENTAR

EIRIK HAARR

eirik.haarr@uis.no

Eirik Haarr er fastlegevikar ved Byhaugen Legesenter, forsker ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest og ph.d.-stipendiat ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORGEIR GILJE LID

Torgeir Gilje Lid er ph.d., spesialist i allmennmedisin, forskningsleder ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest og førsteamanuensis II ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

20 år med røykeloven har gitt en markant nedgang i andelen dagligrøykere i Norge. Det er likevel en stor gruppe hvor slike folkehelsetiltak ikke har hatt effekt.

Den 1. juni i år var det 20 år siden røykeloven trådte i kraft. I motsetning til hva mange tror, er det ikke en egen lov, men et folkelig navn på § 25 i tobakksskadeloven. Bestemmelsen ble innført i 1988, og markerte et skifte fra kun å regulere produktet til også å regulere bruken (1). I 2004 ble det forbudt å røyke innendørs på alle serveringssteder. Lovendringen skapte debatt, selv om styresmakten har regulert adgangen til å røyke siden Christian IV i 1619 bestemte at røyking om bord i norske skip var forbudt og skulle straffes med kjølhaling (1).

Røyking forårsaker årlig over 7 millioner dødsfall på verdensbasis (2). I Vest-Europa er de største røykespesifikke dødsårsakene lungekreft, kronisk obstruktiv lungesykdom, iskemisk hjertesykdom og hjerneslag. Det anslås at

12 % av dødsfall i Norge i 2019 skyldtes røyking, en relativ nedgang på 41 % fra 1990 (2).

Ved røykelovens innføring i 2004 var det anslått at 40 % av alle barn og 34 % av alle voksne ikke-røykere i verden ble eksponert for passiv røyking. Dette resulterte i 603 000 dødsfall og nær 11 millioner tapte leveår årlig, justert for sykdomsbyrde (3).

Eksponering for passiv røyking på serveringssteder ble et sterkt argument for røykeloven. Her har innføringen vært spesielt vellykket for ansatte i utelivsbransjen, med en betydelig nedgang i nivåer av nikotin og støv i arbeidsatmosfæren, bedret lungefunksjon og en markant reduksjon i selvrappporterte luftveissymptomer (4).

«Røykeloven er et av de beste eksemplene på hvordan kunnskap kan omsettes til praktisk politikk med positive konsekvenser for folkehelsen»

Røykeloven har også vært en suksess for den generelle befolkningen. I 2004 var andelen dagligrøykere i Norge 26 %. Denne falt til 7 % i 2023. Nedgangen gjelder alle aldersgrupper, og kanskje mest gledelig er det at andelen dagligrøykere er lavest blant de yngste (5).

Folkehelseeffektene av redusert røyking er tydelige. Den aldersstandardiserte raten for kreft i lunger og luftrør var på topp for menn i perioden 2004–08 og for kvinner i perioden 2014–18 (6). Siden har den vært fallende.

Røykeloven er et av de beste eksemplene på hvordan kunnskap kan omsettes til praktisk politikk med positive konsekvenser for folkehelsen. Likevel er det grupper man ikke har truffet. Blant personer med en psykisk lidelse, røyker rundt 40 %, med en livstidsprevalens på 60 % (7). Forekomsten av røyking blant personer med ruslidelser er 75 %, og røykestatus har betydning for etterlevelsen av behandling (8). Sammenlignet med ikke-røykere har daglig-røykere nær fire ganger økt sjanse for *drop-out* fra rusbehandling (8).

«Røyking er en sentral faktor i den økte sykkeligheten og dødeligheten blant personer med psykisk sykdom eller ruslidelser»

Mennesker med schizofreni lever 15 år kortere og har en aldersstandardisert dødelighetsrate som er 4,4 ganger høyere enn normalbefolkningen (9, 10). Dette øker til 6,6 ganger for personer med en rusmiddellidelse og 7,4 for personer med samtidig schizofreni og ruslidelse. Blant de sistnevnte er standardisert dødelighetsrate 3 ganger høyere for kardiovaskulære årsaker og 13 ganger for sykdommer i luftveiene. Røyking er en sentral faktor i den økte sykkeligheten og dødeligheten blant personer med psykisk sykdom eller ruslidelser.

Med røykeloven har vi valgt et kollektivt tiltak som har hjulpet folk flest, men vi har unnlatt å innføre åpenbart nyttige individrettede tiltak for de mest sårbare. I Tidsskriftet har det tidligere vært argumentert for å legge til rette for røykeavvenningspreparater på blå resept. Forslaget ble sist gjentatt i

Legeforeningens rapport *Bedre helse og lengre liv* i 2023. Nå som mye av potensialet for forebygging i befolkningen er oppnådd med røykeloven, er dette et forslag som står seg enda bedre i dag. Neste steg mot en nullvisjon for tobakksskader bør være gratis nikotinsubstitusjon og røykesluttmedikamenter for pasienter i rusbehandling og psykisk helsevern, og de samme medikamentene på blå resept for andre sårbare grupper.

REFERENCES

1. Lund KE, Lund I. Historisk oversikt over tobakk i Norge 1619-2022. <https://www.fhi.no/le/royking/tobakkinorge/tobakk-i-historien/historisk-oversikt-over-tobakk-i-norge-1619-2018/?term=> Lest 2.6.2024.
2. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021; 397: 2337–60. [PubMed][CrossRef]
3. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011; 377: 139–46. [PubMed][CrossRef]
4. Skogstad M, Kjærheim K, Fladseth G et al. Røykeforbud på serveringssteder og luftveissymptomer blant ansatte. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 2119–21. [PubMed][CrossRef]
5. Statistisk sentralbyrå. 05307: Dagligrøykere og av-og-til-røykere, etter kjønn og alder (prosent) 1973-2023. <https://www.ssb.no/statbank/table/05307> Lest 2.6.2024.
6. Kreftregisterets statistikkbank. <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/data-og-statistikk/> Lest 2.6.2024.
7. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S et al. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284: 2606–10. [PubMed][CrossRef]
8. Lien L, Bolstad I, Bramness JG. Smoking among inpatients in treatment for substance use disorders: prevalence and effect on mental health and quality of life. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 244. [PubMed][CrossRef]
9. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 295–301. [PubMed][CrossRef]
10. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One* 2018; 13: e0202028. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 12. august 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0320
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. mars 2026.