

PSYKOLOGERMOTTOBAK.ORG

Tobaksfria ungdomar

EN KUNSKAPSÖVERSIKT

Kapitel 1 Ungdomars tobaksvanor – prevalens över tid

Varje år genomförs en undersökning av skolelevs drogvanor i årskurs 9 på grundskolan och årskurs 2 på gymnasiet. På ett för landet representativt urval av skolor samlas uppgifter in via individuella anonyma enkäter som ifylls i klassrummet. De första undersökningarna i grundskolan gjordes redan 1971, medan de första i gymnasiet genomfördes 2004.

Frågorna har förändrats vid flera tillfällen, första gången 1983, andra gången 1997 och senast 2012. Förändringarna har påverkat definitionen av "rökare" och "snusare", vilket medfört att andelen som betecknats som rökare och snusare ligger några procent högre i mätningarna före 1983 och mellan 1997 – 2012.

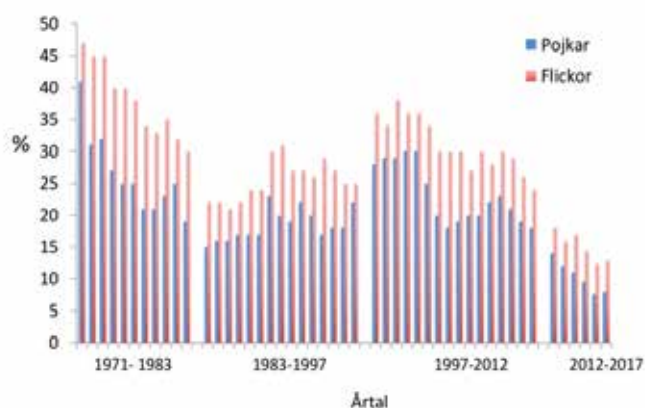
Idag definieras den elev som rökare/snusare, som har rökt/snusat de senaste 12 månaderna och fortfarande röker/snusar (dagligen eller ibland).

Rökning

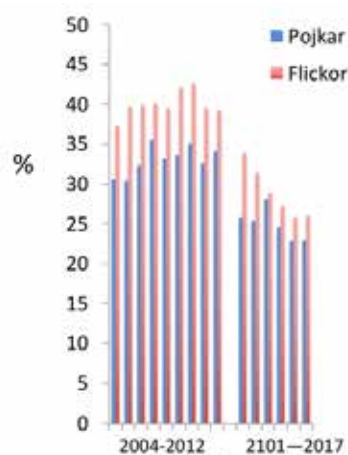
Högst andel rökare i årskurs 9 hade vi på 1970-talet (Figur 1). Då rökte en fjärdedel av pojkarna och en tredjedel av flickorna. Sedan dess har siffrorna sjunkit samtidigt som debutåldern för att ta den första cigaretten har höjts. År 2017 definierades 8% av pojkarna och 13% av flickorna i årskurs 9 som rökare. Mätningarna i gymnasiet år 2 visar också på en nedåtgående trend framför allt för flickorna, medan pojkarna de senaste åren legat på en mer konstant nivå (Figur 2). År 2017 räknades 26% av flickorna och 23% av pojkarna som rökare.

Andelen elever som röker frekvent (dagligen eller nästan dagligen) har också sjunkit och 2017 var det 3% av pojkarna och 5% av flickorna i årskurs 9 som rökte frekvent och 6% av pojkarna och 8% av flickorna på gymnasiet. Över hälften av rökarna som är under 18 år får sina cigaretter via kamrater, en siffra som är ännu högre på gymnasiet, runt 70%. En majoritet (60 – 70%) av alla som röker vill sluta röka. Det gäller såväl i grundskolan som gymnasiet, flickorna i något större utsträckning än pojkarna.

Figur 1. Procent rökare i årskurs 9, åren 1971–2017



Figur 2. Procent rökare i gymnasiet år 2, åren 2004–2017



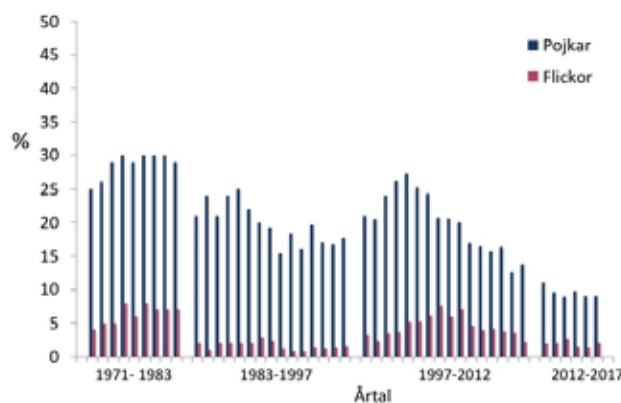
Snus

Andelen pojkar som använder snus i årskurs 9 låg länge mellan 20 – 30%, men har de senaste 15 åren sjunkit (Figur 3). År 2017 låg andelen på cirka 9% med 5% av pojkarna som använde det frekvent. I gymnasiet använder mer än dubbelt så många pojkar snus (22%) och 15% använder det frekvent (Figur 4).

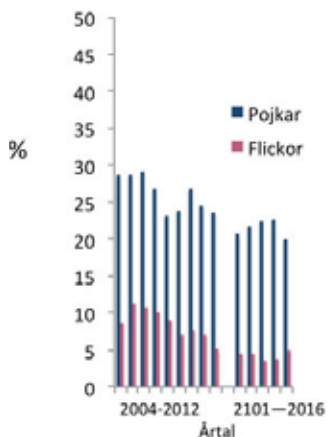
Andelen flickor i årskurs 9 och på gymnasiet som använder snus har, med något enstaka undantag, legat under 5% sedan mätningarna startade. År 2017 använde 2% av flickorna i grundskolan snus med ett frekvent bruk hos mindre än 0,5%. Motsvarande siffror för flickor i gymnasiet var 6% respektive 1%.

Många får snus via kompisar, högst siffra uppvisar flickorna, där en majoritet får snus via kompisar. En tredjedel av pojkarna vill sluta snusa, de flesta någon gång "i framtiden". Av flickorna i gymnasiet som snusade ville nästan två tredjedelar sluta.

Figur 3. Procent snusare i årskurs 9, åren 1971–2017



Figur 4. Procent snusare i gymnasiet år 2, åren 2004–2016



Använder tobak

Lika många pojkar och flickor i årskurs 9 använder någon form av tobak, för år 2017 knappt 13%. En tredjedel av pojkarna som använder tobak både röker och snusar vilket motsvarar 4% av alla pojkar i årskurs 9. Flickorna är i huvudsak rökare (11%) och endast ett fåtal både röker och snusar (2%).

I gymnasiet är det fler pojkar än flickor som använder tobak (32% jämfört med 27%). Här är det också en tredjedel (13%) av pojkarna som använder tobak, som både röker och snusar, medan 4% av flickorna gör detsamma.

Jämförelse mellan vuxna och ungdomars tobaksvanor

Mätningar av vuxnas tobaksvanor görs årligen i den nationella folkhälsoenkäten. Här delar man upp tobaksanvändarna i de som använder tobak dagligen och de som använder tobak ibland. Indelningen motsvarar inte helt den i CAN-undersökningarna. I tabellen nedan jämförs daglig användning hos vuxna med frekvent användning hos ungdomar. Siffrorna skiljer sig framför allt beträffande rökning och snusning i kategorien "ibland" och tydligast är det för rökning. Det är fler både i årskurs 9 och på gymnasiet som röker sporadisk än som röker frekvent. I den vuxna befolkningen är det genomgående fler som är dagligbrukare än som använder tobak ibland.

E-cigarett

De senaste fyra åren har man i CAN-undersökningarna ställt frågor om användningen av e-cigarett. Vid den första mätningen uppgav en fjärdedel av eleverna i årskurs 9 att de hade provat e-cigarett. I den senaste mätningen var det en tredjedel av eleverna som provat någon gång. Även i gymnasiet år 2 har det skett en ökning av andelen som provat e-cigaretten från 27% till 43% bland pojkarna och från 21% till 34% bland flickorna. Det är betydligt vanligare att elever som röker har provat e-cigaretten (3–4 gånger vanligare) än elever som inte röker.

Det finns inga uppgifter på hur ofta man använt e-cigaretterna, men 10% av pojkarna och 7% av flickorna i årskurs 9 hade använt e-cigarett de senaste 30 dagarna, på gymnasiet 11% av pojkarna och 6% av flickorna.

Vattenpipa

Uppgifter om bruket av vattenpipa finns sedan 2009. Vid den första mätningen hade drygt 40% av eleverna i årskurs 9 provat vattenpipa. År 2017 hade den siffran sjunkit till ca 18%. Även bland gymnasieeleverna år 2 minskade andelen elever som provat att röka vattenpipa, från 63% 2009 till 33%. Andelen som provat är densamma för flickor och pojkar, däremot är det vanligare att rökare provat vattenpipa än icke-rökare.

I undersökningen 2011 fanns det en fråga om hur ofta man rökte vattenpipa. Endast ett fåtal (1–2%) av pojkarna och flickorna i årskurs 9 och gymnasiet rökte någon gång i veckan, medan de flesta rökte några gånger per år eller mera sällan. I senare enkäter saknas uppgifter på hur frekvent man röker men runt 4%–6% av flickorna och pojkarna hade rökst vattenpipa den senaste månaden.

Källor

- CAN Skolelevers drogvanor 2017.
- Folkhälsomyndigheten Nationella folkhälsoenkäten 2016.

Agneta Hjalmarsen, Psykologer mot Tobak, 2018-05-01.

Tabell. Procent rökare och snusare bland vuxna år 2016 och ungdomar år 2017

	Män		Kvinnor	
	Dagligen ¹	Ibland ²	Dagligen ¹	Ibland ²
Rökare				
Ungdomar				
årskurs 9	3	5	4	8
gymnasiet år 2	6	17	8	18
Vuxna				
	8	6	10	5
Snusare				
Ungdomar				
årskurs 9	5	4	0	2
gymnasiet år 2	16	7	1	4
Vuxna				
	18	3	4	1

¹För ungdomar används frekvent rökning = daglig rökning + nästan varje dag, enligt CAN

²För ungdomar sporadisk rökning enligt CAN

Kapitel 2 Vattenpipa och ungdomar

Rökning med vattenpipa har funnits i många österländska och afrikanska kulturer under flera århundraden, och har sedan 1990-talet spridit sig till västvärlden, inklusive Sverige. Den stora spridningen av vattenpipsrökning i västvärlden anses till stor del bero på introduktionen av en sötad och smaksatt tobak som tilltalar många, påverkan från media och marknadsföring från tobaksindustrin (1). Det finns även en "myt" eller föreställning om att vattenpipsröken inte är lika farlig som cigarettök (2).

Vattenpipan och dess tobak

Vattenpipor finns i olika storlekar och utföranden och kan vara tillverkade av olika material, men alla har en gemensam grundkonstruktion. Tobaken (ca 20–30 gram) läggs i vattenpipans "huvud" och hettas upp med hjälp av kol eller trästickor. I västvärlden används övervägande en tobak som blandas med honung eller melass för att smaka sött. Tidigare användes en mer "ren" tobak i vattenpipan, men den har nu blivit alltmer ovanlig även i mellanöstern (3). Förutom den sötade tobaken röks även så kallad rökmassa utan tobak i vattenpipor. Röken i vattenpipan kyls ned genom en passage genom vatten, vilket gör att den upplevs som mild och lätt att inhalera. Den sötade och smaksatta tobaken gör att röken luktar frestande och ger en söt smak, vilket anses bidra till att unga personer som annars inte använder tobak börjar röka vattenpipa. Det finns mer än 40 olika smaksättningar på den färdigblandade tobaken – som vattenmelon, äppelpaj, körsbär med flera (4). Vattenpipsröken som bildas genom upphettning med kol skiljer sig från e-vattenpipor och e-cigarett där röken skapas genom elektronisk upphettning med batterier (2).

Rökmönster

Vattenpipa röks ofta under 45 minuter eller längre och det är vanligt att man delar en pipa med flera personer, antingen med samma sugslang (med eller utan utbytbara munstycken) eller vattenpipor som har flera sugslangar så att flera personer kan röka samtidigt (5,6). I mellanöstern röks vattenpipa ofta på ineställen och trendiga caféer, och i Sverige bland annat på uteserveringar, festivaler, marknader, stränder, parker och liknande. Dagens vattenpipsrökare i västvärlden är främst ungdomar och unga vuxna (7). Det finns de som röker vattenpipa regelbundet men vanligast är att man röker vattenpipa sporadiskt. De flesta har rökt vattenpipa med tobak, men många ungdomar i Sverige som har rökt vattenpipa vet inte om de har rökt vattenpipa med tobak eller rökmassa utan tobak (8). Angående prevalens, se kapitel 1.

Skadlighet

Röken vid vattenpipsrökning innehåller giftiga ämnen

både från tobak, det upphettade kolet och smaksättningar (2). Den sötade tobaken är fuktig och därför bildas stora volymer rök. 45 minuters vattenpipsrökning producerar 49 liter rök, vilket kan jämföras med 1 liter rök vid 5 minuters cigarettökning. Det innebär att ett bloss från en vattenpipa ger 12 gånger mer rök än ett bloss från en cigarett, eller att vattenpipsrökning i 45 minuter ger 40 gånger större volym rök än 5 minuters cigarettökning (9). Det medför att både den som röker vattenpipa och den som vistas i miljöer där det röks vattenpipa exponeras för stora mängder rök. Det är en vanlig uppfattning att vattnet i vattenpipan filtrerar bort nikotin och andra farliga substanser. Studier visar dock att rök från vattenpipa innehåller samma typ av skadliga ämnen och partiklar som cigarettök och därför har samma potential att orsaka skador och sjukdomar (10). Röken innehåller nikotin som kan skapa tobaksberoende (11), höga nivåer av kolmonoxid som ger risk för hjärt-kärlsjukdomar (12) och akuta kolmonoxidförgiftningar, något som i sin tur kan orsaka neurologiska skador (13), tjära som innehåller många cancerframkallande ämnen (14) samt skadliga ämnen från sötning, tillsatser och kolet som används för att hetta upp tobaken (2).

Vattenpipsrökning har visat sig ha skadliga effekter på andningsvägar, hjärt- och kärlsystem, munhåla och tänder (2) och regelbunden vattenpipsrökning leder till högre risk för lungcancer, tandlossning och låg födelsevikt hos nyfödda (15). När flera personer delar samma munstycke vid vattenpipsrökning finns det dessutom en risk att man drabbas av [streptokockinfektioner](#), [tuberkulos](#) och andra smittsamma sjukdomar (14).

Attityder hos ungdomar

Samtal med ungdomar visar att vattenpipsrökning har en social funktion och att de flesta delar vattenpipa och röker i andras sällskap. Ungdomarna upplever inte vattenpipsrökning som farligt eller tror att det kan leda till beroende. Vattenpipan inbjuder till lek och experiment, och förutom tobak används ibland även illegala droger som till exempel hasch i vattenpipor (10). Studier visar även att vattenpipsrökning kan vara en så kallad "gateway" till cigarettökning (2). Vid intervjuer framkommer att unga vuxna uppfattar att vattenpipsrökning är "bättre" (mindre farligt) än cigarett (17).

Lagstiftning och tillsyn

Vattenpipstobak omfattas av såväl tobakslagen som lagen om tobaksskatt och därmed lagarnas föreskrifter om försäljning, förpackning, varningstexter och beskattning. Tobaken säljs i allehanda butiker, på marknader, via internet eller inhandlas vid utlandsresor och är trots 18-årsgränsen

lättillgänglig för yngre ungdomar. Den vattenpipstobak som idag finns till försäljning säljs till ett mycket lågt pris, saknar ofta varningstexter, har många gånger vilseledande information om innehållet och är förpackade så att de liknar ofarliga produkter som te, kaffe, tuggummi eller godis. Rök-massa utan tobak omfattas inte av tobakslagen eftersom den inte innehåller tobak, men ska i normalfallet beskattas som rök-tobak enligt lagen om tobaksskatt. Det låga priset på både vattenpipstobak och rök-massa gör att man kan dra slutsatsen att de sällan är beskattade (10).

Ändringar i tobakslagen som trädde i kraft 20 maj 2017 innebär att bestämmelser om produkter som är baserade på växter, örter eller frukter som inte innehåller tobak och kan förbrukas via förbränning (örtprodukter för rökning) nu inkluderas i tobakslagen (18). Lagen innebär strängare krav på märkning av paket och regler kring vissa hälsofarliga tillsatser. Detta har inneburit att tobak och smaksättningar till vattenpipa nu allt oftare säljs separat och att användaren själv blandar tobaksblandning eller örtblandning för användning till sin vattenpipa.

Källor

1. Rastam, S., Ward, K.D., Eissenberg, T., & Maziak, W. (2004) Estimating the beginning of the waterpipe epidemic in Syria. *BMC Public Health*, 4 32.
2. World Health Organization (2015). *Advisory note: waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs, and recommended actions by regulators- 2nd edition*. Geneva: World Health Organization, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
3. Shihadeh, A. (2003) Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. *Food and Chemical Toxicology*, 41(1), 143-152.
4. Maziak, W., Ward, K.D., Affif Soweid, R. A., & Eissenberg, T. (2004) Tobacco smoking using a waterpipe: A re-emergin strain in a global epidemic. *Tobacco Control*, 13(4), 327-333.
5. Knishkowsky, B., & Amitai, Y. (2005). Water-pipe (narghile) smoking: An emerging health risk behavior. *Pediatrics*, 116(1), e113–119.
6. World Health Organization. (2005). *Advisory note: waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs, and recommended actions by regulators*. Geneva: World Health Organization, Tobacco Free Initiative.
7. Neergaard, J., Singh, P., Job, J., & Montgomery, S. (2007). Waterpipe smoking and nicotine exposure: A review of the current evidence. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(10), 987-994.
8. *Skolevers drogvanor 2016*, Centralförbundet för alkohol och narkotika, CAN.
9. Eissenberg, T., & Shihadeh, A., (2009). Waterpipe tobacco and cigarette smoking: Direct comparison of toxicant exposure. *American Journal of Preventive medicine*, 37(6), 518-523.
10. *Vattenpipa – rök utan risk? Hälsoeffekter, vanor, attityder och tillsyn*. (2010). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
11. Hadidi, K. A. & Mohammed, F. I. (2004). Nicotine content in tobacco used in hubble-bubble smoking. *Saudi Medical Journal*, 25(7), 912-917.
12. Maziak, W. (2008). The waterpipe: Time for action. *Addiction*, 103(11), 1763-1767.
13. Enghag M & Höjer J. Vattenpiprökning kan ge allvarlig kolmonoxidförgiftning. Risk för bestående neurologiska skador. *Läkartidningen* 26-28. 2011, volym 108.
14. *Andras rök och din hälsa: Forskningsrön om passiv rökning* (2001). R nr 2001:17. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
15. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2010;39:834–57.
16. Elisabet Forslind. Vattenpipa farlig trend bland unga. *Vårdfacket*, 12/2007.
17. Castaneda, G., Barnett, T. E., Soule, E.K., & Young, M.E. (2016). Hookah smoking behavior initiation in the context of Millennials, *Public Health*, Vol 137. 124-130 doi: 1016/j.puhe.2016.02.013.
18. SFS 2016:353. Tobakslag (1993:581) Svensk författningssamling 1993:581. Socialdepartementet.

Kapitel 3 E-cigarett och ungdomar

En e-cigarett (EC) kan likna en vanlig cigarett av stål, men den kan även se ut som t.ex. en liten penna eller en stor skruvmejsel eller liknande. På filtrets plats sitter en patron med e-vätska, bestående av ett 30-tal kemikalier samt smakämnen och nikotin, men inte tobak. Intill sitter ett batteri som används för att hetta upp och omvandla e-vätskan till ånga. Värmeprocessen startar då man drar luft genom EC, personen andas in ångan med nikotin och blåser ut den som synlig "rök". Det förekommer även nikotinfria sorter.

EC marknadsförs som en metod för att sluta röka eller minska konsumtionen av cigaretter och är tänkt att vara ett substitut för en cigarett genom att tillfredsställa nikotinbehovet med bibehållande av delar av rökritualen, utan att personen får i sig så många andra gifter. EC's effektivitet som en hjälp att sluta röka är ej vetenskapligt bevisad, och bland unga är inte den primära orsaken att använda EC att de vill sluta röka.

Skadlighet

Utöver nikotin kan EC innehålla ett 30-tal kemikalier, bland annat flera cancerframkallande ämnen, och i upphettningsprocessen kan ytterligare farliga ämnen skapas (1). Användning av EC skadar lungor, hjärta och blodkärl och man tror att det på lång sikt kan öka risken för bland annat högt blodtryck, astma, KOL, lunginflammation, hjärtarytmier och hjärtsvikt (1–3), men det kan ta många årtionden innan man säkert kan slå fast vilka långtidseffekter på hälsan de har. En del av de tungmetaller som har hittats är kända för att orsaka skador och sjukdomar i andningsvägarna, och man har hittat cancerframkallande ämnen i EC. Inga säkra slutsatser alltså kan dras när det gäller de långsiktiga effekterna på hälsan av EC rent generellt. Tonåren är dock en kritisk period i hjärnans utveckling och man vet att tillförsel av nikotin kan ge bestående förändringar i hjärnans belöningssystem. Bland annat kan risken öka för försämrad impulskontroll, uppmärksamhet, minne och kognition, samt för ångest, depression och beroende av tobak, alkohol och droger (1).

Många experter ser med stor oro på att det finns en ny produkt som kan locka ungdomar in i nikotinanvändning. Användning av EC lär unga ett rökbeteende och riskerar att bidra till att normalisera rökning.

Ungdomars attityder till EC

De vanligaste anledningarna ungdomar anger till att de använder EC är nyfikenhet, att de smakar gott, att det är roligt att göra "rökkonster" med EC och att de önskar använda ett mindre skadligt alternativ till cigaretter. Andra anledningar är att EC kan användas inomhus, är mer socialt acceptabelt än cigaretter, lättare att dölja för föräldrarna, att man slip-

per lukta rök samt att det är modernare, coolare, billigare, enklare och lättare att komma över än cigaretter (1). I en undersökning på ett stort amerikanskt universitet var det bara 10 procent av de unga EC-användarna som använde dem för att sluta röka cigaretter, medan 40 procent angav att det berodde på "att de smakar gott" (1). Vissa av smakerna, som gummibjörnar, bubbelgum, kola, popcorn med smör, coca-cola, kakdeg, coca-cola, alkohol och cannabis tyder på att tillverkarna inriktar sig på ungdomar.

Prevalens

Bruket av EC blir allt vanligare bland ungdomar, även hos de som inte röker vanliga cigaretter, se kapitel 1 om prevalens. En tredjedel av eleverna i åk 9 och en femtedel av eleverna i gymnasiet hade inte rökt vanliga cigaretter innan de använde EC.

Användningen av EC bland tonåringar har ökat lavinartat i USA och Kanada och hälsomyndigheter och forskare varnar för att EC kan vara en inkörsport till nikotinberoende och rökning av konventionella cigaretter. Flera studier tyder på att rökning av EC är kopplat till en 2–5-faldigt ökad risk att börja röka konventionella cigaretter (4, 7–11, 13).

EC och droger

I e-vätskor kan även förekomma cannabis, spice och alkohol, vilket gör att EC kan bli ett enklare och mera omärkligt sätt att missbruka droger. I motsats till rökning av marijuana, som medför en karakteristisk lukt, är det sannolikt inte möjligt att känna på lukten om en person har e-vätska med marijuana i sin EC. En undersökning från USA 2015 visade att 18 procent av de som använt EC någon gång har gjort det i syfte att röka cannabis (12).

Lagstiftning

EC omfattas inte av Tobakslagen eftersom de inte innehåller tobak. Lag (2017:425) om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare gäller från 1 juli 2017 och den omfattar bland annat 18-årsgräns, att innehållsförteckning, bruksanvisning, varningstexter är obligatoriska, begränsningar av rätter att göra reklam för EC, barnsäkra förpackningar, begränsningar av nikotinstyrka och förhandsanmälan till Folkhälsomyndigheten vid försäljning. Det finns även ett lagförslag om att förbjuda e-cigarett i rökfria miljöer. E-cigarettlagen gäller bara e-cigarett med nikotin.

Produktutveckling

Produktutvecklingen är mycket snabb. Innan e-cigarettagen trädde i kraft innehöll de flesta

påfyllningsbehållare av e-vätska nikotin i olika mängder blandat med smaksättning. Enligt den nya lagen ska alla förpackningar som innehåller nikotin ha hälsovarningar. Nu finns smaksättningen för sig i större flaskor med färgglada förpackningar. Dessa flaskor är inte fyllda till brädden utan man har lämnat ett utrymme för att hålla på "nikotinshoten" som köps i små oansenliga förpackningar som innehåller 10 ml i olika nikotinstyrkor. De senare

har hälsovarningar. Fenomenet kallas "Shake & Vape". På senare tid har "Direct drip atomizers" (DDAs) lanserats. Där droppas e-vätska direkt på ett upphettat batteri, vilket ger mer rökutveckling, starkare smak och en kraftigare känsla i halsen, och tros vara farligare.

Mer om e-cigarettor och fler referenser i [Psykologer mot Tobaks kunskapsöversikt om e-cigarettor](#).

Referenser

1. The Surgeon General. (2016) *E-cigarette use among youth and young adults: 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.
2. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention of Tobacco Control. *Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems* (ENDS/ENNDS). FCTC/COP/7/11. August 2016.
3. Leigh NJ et al. Flavourings significantly affect inhalation toxicity of aerosol generated from electronic nicotine delivery systems (ENDS). *Tob.Control* 2016. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053205.
4. Dutra LM, Glantz SA. Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US Adolescents: A Cross-sectional Study. *JAMA Pediatr*. 2014 Mar 6. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.5488. [Epub ahead of print]
5. Leventhal AM, Strong DR, Kirkpatrick MG, Unger JB, Sussman S, Riggs NR, Stone MD, Khoddam R, Samet JM, Audrain-McGovern J. Association of Electronic Cigarette Use With Initiation of Combustible Tobacco Product Smoking in Early Adolescence. *JAMA*. 2015 Aug 18;314(7):700-7. doi: 10.1001/jama.2015.8950.
6. Jieming Zhong, Shuangshuang Cao, Weiwei Gong, Fangrong Fei, Meng Wang. Electronic Cigarettes Use and Intention to Cigarette Smoking among Never-Smoking Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13(5), 465; doi:10.3390/ijerph13050465
7. Chatterjee K, Alzghoul B, Innabi A, Meena N. Is vaping a gateway to smoking: a review of the longitudinal studies. *Int J Adolesc Med Health*. 2016 Aug 9. [Epub ahead of print]
8. Barrington-Trimis JL, Urman R, Berhane K, Unger JB, et al. E-Cigarettes and Future Cigarette Use. *Pediatrics*. 2016 Jul;138(1). pii: e20160379. doi: 10.1542/peds.2016-0379. Epub 2016 Jun 13.
9. Wills TA, Knight R, Sargent JD, Gibbons FX, et al. Longitudinal study of e-cigarette use and onset of cigarette smoking among high school students in Hawaii. *Tob Control*. 2017 Jan;26(1):34-39. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052705. Epub 2016 Jan 25.
10. Primack BA, Soneji S, Stoolmiller M, Fine MJ, et al. Progression to Traditional Cigarette Smoking After Electronic Cigarette Use Among US Adolescents and Young Adults. *JAMA Pediatr*. 2015 Nov;169(11):1018-23. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.1742.
11. Unger JB, Soto DW & Leventhal A. E-cigarette use and subsequent cigarette and marijuana use among Hispanic young adults. *Drug Alcohol Depend*. 2016 Jun 1;163:261-4. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.04.027. Epub 2016 Apr 25.
12. Morean et al. High School Student's Use of Electronic Cigarettes to Vaporize Cannabis. *Pediatrics* 2015; 136:4.
13. Zhu SH, Zhuang YL, Wong S, Cummins SE et al. E-cigarette use and associated changes in population smoking cessation: evidence from US current population surveys. *BMJ*. 2017 Jul 26;358:j3262. doi: 10.1136/bmj.j3262.

Kapitel 4 Lagar, konventioner och EU-direktiv med särskild betydelse för ungdomars tobaksbruk

Tobakslagen

Tobakslagen innehåller bestämmelser om

- rökfria områden ute och inne
- rökfri arbetsmiljö
- hälsovarningar (text+bild) och innehållsdeklaration på paketen
- handel med och införsel av tobak
- produktkontroll av tobaksvaror.

Rökning är förbjuden i lokaler för barnomsorg, skolverksamhet och annan verksamhet för barn och ungdomar. Rökning är även förbjuden på skolgårdar samt utegårdar inom barnomsorgen och vid fritidshem. Tobaksvaror får inte säljas till någon under 18 år och det är förbjudet att sälja lösa cigaretter. För tobaksförsäljning finns anmälningsplikt till kommunen. Nya lagförslag som ligger för beslut av riksdagen efter sommaren 2018 är tillståndsplikt för näringsidkare (som innebär att dessa kan bli av med sitt tillstånd om de säljer tobak till någon under 18 år) och utökning av lagstadgade rökfria miljöer (perronger, uteserveringar, entréer, lekplatser, utomhusarenor). Tillsynen sköts primärt av kommunerna som i sin tur står under länsstyrelsernas tillsyn, med Folkhälsomyndigheten som centralt tillsynsansvarig. **Läs mer om Tobakslagen på Folkhälsomyndighetens hemsida.**

EU:s tobaksprodukt direktiv

Inom tobaksområdet förekommer i dag ett omfattande internationellt samarbete genom EU och Världshälsoorganisationens WHO. EU:s nya tobaksprodukt direktiv genomfördes i svensk lag i maj 2016 och innebar bland annat att kombinerade hälsovarningar (varningstext+bild) infördes på cigarettpaketerna och en kraftigt utökad rapportskyldighet till Folkhälsomyndigheten för tobaksindustrin. Lagen om e-cigarett (2017:425) trädde i kraft 1 juli 2017.

Konventioner

WHO:s tobakskonvention

WHO:s ramkonvention om tobakskontroll – Tobakskonventionen – syftar till att alla världens länder ska samarbeta för att skydda kommande generationer från tobakens hälsomässiga, sociala, ekonomiska och miljömässiga skadeverkningar samt stoppa tobaksindustrins inflytande på hälsopolitiken. Konventionen rekommenderar ett brett och omfattande långsiktigt tobakspreventivt program under strategisk nationell ledning och ska fungera som stöd för det tobaksförebyggande arbetet på nationell, regional och lokal nivå. Sverige anslöt sig till tobakskonventionen 2005,

vilket innebär att vi har förbundit oss att anpassa våra egna lagar efter dess krav.

Tobakskonventionen innehåller 38 artiklar och riktlinjer för hur artiklarna kan tolkas. Stort utrymme har getts åt att förhindra att barn och ungdomar lockas in i tobaksberoende. Nedan är ett urval av artiklar i tobakskonventionen som särskilt påverkar barn och ungdomar.

[Artikel 5.3 – skydd för folkhälsopolitiken mot tobaksindustrins inflytande](#)

[Artikel 6 – priser och skatter](#)

[Artikel 8 – skydd mot passiv rökning](#)

[Artikel 12 – utbildning, information och allmän upplysning](#)

[Artikel 13 – marknadsföring av tobak](#)

[Artikel 14 – främja tobaksavvänjning](#)

[Artikel 16 – tobaksförsäljning till minderåriga och av minderåriga.](#)

Barnkonventionen

Barnrättsperspektivet är mycket viktigt inom all tobaksprevention och ska tillvaratas i såväl nationell lagstiftning som vid utveckling av metoder, arbetssätt och policys för till exempel förskola, skola, kollektivtrafik och idrottsrörelse. FN:s konvention om barnets rättigheter – Barnkonventionen – som ratificerades av Sverige 1990, slår fast att alla barn har rätt till bästa möjliga hälsa. Fyra av artiklarna ses som grundprinciper och ska vara vägledande i tolkningen av övriga artiklar.

Artikel 2 – icke diskriminering, understryker det oacceptabla i de hälsoskillnader som finns mellan barn bland annat i olika socioekonomiska grupper

Artikel 3 – principen om barnets bästa som ska beaktas vid alla beslut som rör barn

Artikel 6 – rätt till liv, överlevnad och utveckling

Artikel 12 – varje barns rätt att komma till tals och få sina åsikter respekterade.

Begreppet barnperspektiv är centralt i barnkonventionen, vilket innebär att beslut och åtgärder ska analyseras utifrån vilka följder det kan få för det enskilda barnet eller för barn som grupp. Utgångspunkten är respekt dels för barnets människovärde och dels för barn Domen som en del av livet med ett värde i sig. Barnperspektivet är format av vuxna som försöker förstå barnets situation och genomför åtgärder för barnets bästa och säkerställer barnets rättigheter.

Tillsammans visar tobaks- respektive barnkonventionen vägen till en framtid där barn skyddas från de förödande hälsomässiga, ekonomiska och sociala konsekvenserna av tobaksbruk. **Läs mer om tobakskonventionen och barnkonventionen på tobaksfakta.se.**

Agenda 2030 och globala mål för hållbar utveckling

Vid ett FN-toppmöte 2015 antog världens stats- och regeringschefer Agenda 2030 – 17 globala mål och 169 delmål för hållbar utveckling. Världens länder har därmed åtagit sig att fram till år 2030 leda världen mot en hållbar och rättvis framtid.

Att minska tobaksbruket är viktigt för att uppnå vart och ett av de 17 målen för hållbar utveckling. Man ska bland annat

- Garantera ett hälsosamt liv och välmående för alla åldrar
- Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar (NCD) med en tredjedel, samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.
- Stärka genomförandet av tobakskonventionen i alla länder, där så är lämpligt.

Barbro Holm Ivarsson, Psykologer mot Tobak, 2018-05-01.

Regeringen har tillsatt en delegation som ska ta fram en övergripande handlingsplan för Sveriges genomförande av Agenda 2030 och uppmärksamma goda exempel på området, Agenda 2030-delegationen. Det nationella genomförandet inkluderar kommuner och landsting liksom statliga myndigheter och regeringskansliet. Alla statsråd i regeringen är ansvariga för genomförandet inom sina respektive ansvarsområden. Regeringen har även gett ett åttiototal statliga myndigheter i uppdrag att kartlägga och redovisa hur deras verksamheter.

Läs mer om Agenda 2030 på regeringens hemsida och på tobaksfakta.se.

Kapitel 5 Pris, tillgänglighet och social acceptans och dess påverkan på ungdomars rökvanor

Några av de viktigaste åtgärderna för att minska andelen personer som använder tobak i en befolkning enligt WHO:s Tobakskonvention är att begränsa *tillgängligheten* och höja *priset* på tobaksvaror. Detta är åtgärder som också i hög grad påverkar ungdomars rökvanor. En annan faktor av betydelse är den *sociala acceptansen* i samhället av rökning och snusning.

Tillgänglighet

Cigaretter säljs på en mängd platser i samhället såsom i matvaruaffärer, kiosker, bensinstationer, restauranter och över internet. Från att ha funnits öppet på hyllor i butikerna, har många försäljningsställen gjort tobaken mera svåråtkomlig och placerat den i låsta skåp. Det är ett skydd för ungdomar då man vet att exponering av tobak förändrar ungdomars attityder så att det ökar intresset och risken att vilja pröva att använda tobak. Det ökar också risken att de som slutat med tobak återfaller. Studier från länder där man gått ett steg längre och infört exponeringsförbud för tobaksvaror i handeln tyder på att dold försäljning har en dämpande effekt på tonåringars rökvanor, bland annat i Kanada (1).

För snart 20 år sedan (1997) fick vi en lag som förbjöd försäljning av tobaksprodukter till personer under 18 år. Det år då lagen infördes köpte runt 60% av eleverna i årskurs 9 sina egna cigaretter, år 2017 hade siffran sjunkit till 26% (2). Det har emellertid visat sig vara lätt för många ungdomar att kringgå hindret med åldersgräns. De får sina cigaretter genom att bli bjudna eller att äldre kamrater köper åt dem. Idag är det huvudsakligen på det sättet som rökande niondeklassare får sina cigaretter. Samma mönster gäller för inköp av snus. År 1999 köpte 72% av pojkarna och 41% av flickorna sitt eget snus och idag får majoriteten det via kompisar. Trots att siffrorna för eget inköp av tobak minskat, så är det fortfarande många under 18 år som kan köpa tobak. Kravet på legitimation vid inköp har inte slagit igenom. Tillsynen åligger kommunen. I Sverige har man utrett möjligheten att införa tillståndsplikt för näringsidkare, och ett lagförslag ligger för beslut av riksdagen under 2018, vilket – om lagen går igenom – kommer innebära att handlare kan bli av med sitt tillstånd om de säljer tobak till ungdomar. Även exponeringsförbud för cigaretter och snus har utretts men det har inte ännu resulterat i något lagförslag. [Läs mer om exponeringsförbud i Tobaksfaktas faktablad "Myter och fakta om exponeringsförbud"](#).

Priset

Att höja priset på cigaretter genom att höja skatten, är en av de mest effektiva åtgärderna som leder till såväl lägre

prevalens av rökare som lägre konsumtion av cigaretter (3). Detsamma gäller sannolikt också snus. Man räknar med att en höjning av priset på cigarettpaketen med 10% minskar cigarettkonsumtionen med 3–5% i i-länderna (4). Ungdomar är extra känsliga för prishöjningar, då de generellt har mindre ekonomiska medel, och effekten på deras cigarettkonsumtion kan bli 2–3 gånger större (3). Det är emellertid viktigt att tobaksskatten höjs regelbundet så att inflationen inte tar bort effekten av skattehöjningen. Parallellt med den legala försäljningen sker en illegal försäljning av cigaretter. Dessa säljs till ett pris långt under det ordinarie. År 2017 uppgav 12% av eleverna i årskurs 9 att de köpte smuggelcigaretter. I årskurs 2 i gymnasiet är siffrorna lägre. Där köpte 3% av flickorna och 2% av pojkarna smuggelcigaretter (2). Många studier av ungdomars rökvanor visar att ett högre cigarettpris leder till att *färre börjar röka och fler slutar*. I en studie ledde en 10% ökning av priset till att 3,5% av unga rökare slutade röka (5). [Läs mer i Tobaksfaktas faktablad "Myterna och fakta om tobaksskatter"](#).

Social acceptans

Nästan alla som röker börjar röka i tonåren, 9 av 10 före 18 års ålder. Endast 1% börjar röka efter 26 års ålder. Det gör att tonåringar är en synnerligen intressant målgrupp för tobaksindustrins reklam- och försäljningskampanjer, tonåringar som dessutom är mer mottagliga för reklam än vuxna personer. I *reklamen* försöker man ge sken av att rökning och snusning är en socialt accepterad och harmlös aktivitet hos unga. Direktreklam av denna typ har länge varit förbjuden i Sverige (1979), men det har funnits kryphål. Fram till 2004 förekom indirekt reklam, t.ex. samma varumärke på kläder som på ett cigarettmärke, sportbilar målade för att påminna om ett cigarettmärke osv. Därefter blev det förbjudet med indirekt reklam. Svårare att komma åt är den rökning som förekommer i filmer, tidningsreportage och sociala media som förmedlar en bild av rökning som en normal och oskyldig aktivitet.

Utseendet på tobaksförpackningarna ger ofta positiva associationer till flärd och lyx, ibland anpassat för att attrahera en ung målgrupp. Varningstexter och varningsbilder som täcker allt större del av förpackningarnas ytor och, i flera länder, införande av neutrala cigarettpaket gör förpackningarna mindre attraktiva. I Sverige finns sedan länge varningstexter på paketen och 2016 infördes varningsbilder. Neutrala paket är under utredning (2016).

Genom *massmediakampanjer* har man kunnat visa att om ungdomar exponeras för anti-rök budskap, speciellt via massmedia, kan det leda till förändrade attityder till rökning

och färre som börjar röka (3). Även kampanjer som riktar sig till vuxna kan minska prevalensen av rökande ungdomar (3). Inte alla kampanjer är lika framgångsrika. De som varit mest framgångsrika är de som har ett centralt tema, med en känslomässig ton, ett klart budskap, tilltalande presentation och som upprepas tillräckligt ofta ett indirekt sätt att påverka den sociala acceptansen är lagstiftningen om *rökfria områden*. Den har i första hand kommit till för att skydda såväl rökare som icke-rökare för de giftiga ämnena i tobaksröken i luften, så kallad passiv rökning. Idag är det oftast förbjudet att röka i sociala sammanhang inomhus på såväl arbetet som fritiden, vilket lett till en lägre social acceptans för rökning.

I samhällen med mycket strikta begränsningar röker färre ungdomar. En förklaring kan vara att då rökfria miljöer blir normen i ett samhälle blir det inte bara svårare för ungdomar att röka, utan det blir också ovanligare att se personer

som röker och därmed inte så många förebilder att imitera. Störst påverkan på ungdomarna har rökförbud i hemmen (6) och med färre vuxna som röker så minskar antalet ungdomar som röker. I Sverige ligger just ett lagförslag om utvidgning av de rökfria miljöerna till perronger, uteserveringar, entréer, lekplatser och utomhusarenor för beslut av riksdagen under 2018. Det är miljöer där många barn och ungdomar vistas och bedöms komma att påverka ungdomar i hög grad.

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns effektiva strategier som reducerar nyrekryteringen av ungdomar till att bli rökare, påverkar prevalensen av unga rökare och hur mycket de röker. Främst bland dessa åtgärder märks en höjning av priset på tobaksprodukter, en utökning av de rökfria områdena i samhället, användning av massmediakampanjer och att försvåra för unga att få tag i tobak.

Referenser

1. Cigarette display bans in Canada, Smoking prevalence, consumption and Age of initiation, David Hammond, University of Waterloo, Ontario. Kanada, 28 mars 2011.
2. Skolelevers drogvanor 2017. Tabeller, CAN.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: 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, 2012.
4. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. J Public Health Manag Pract 2004;10:338–53.
5. Taurus JA. Public policy and smoking cessation among young adults in the United States. Health Policy 2001;68:321–32.
6. Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. JAMA 2000;284:717–22.

Agneta Hjalmarson, Psykologer mot Tobak, 2018-05-01.

Kapitel 6 Arenor i det tobaksförebyggande arbetet bland unga

Tobaksbruket är ett av de allvarligaste hoten mot folkhälsan. Enligt WHO:s tobakskonvention behövs ett brett och generellt tobaksförebyggande arbete som omfattar många aktörer och nivåer i samhället. Samverkan och samarbete mellan olika aktörer i långsiktiga satsningar är viktigt för att få bästa effekt. Därför behövs ett brett "arenatänk". För att bli framgångsrika behöver insatserna vila på en gedigen kunskapsbaserad grund. Här ger vi – utan att göra anspråk på att vara heltäckande – en översikt över tobakspreventivt arbete på några arenor som är särskilt viktiga för att stödja unga att inte börja med tobak, eller sluta om de redan har börjat. Tobakslagen samt tobakskonventionens och barnkonventionens artiklar är grunden för policys, handlingsplaner och aktiviteter inom alla verksamhetsområden och samhällsnivåer, se kapitel 4.

Insatser som riktar sig till vuxna förebygger också tobaksbruk i de yngre åldersgrupperna. Det handlar om lagstiftning som exponeringsförbud, varningsbilder på cigarettpaketen, rökfria miljöer, höga skatter på tobak, kampanjer med mera. Till exempel bidrar rökfria miljöer till att normalisera rökfritt som samhällsnorm och är en av flera viktiga insatser som påverkar unga att inte börja röka (1). Tobaksindustrin arbetar i motsatt riktning för att tobaksbruk ska stämplas som "vuxet" och "förbjudet för unga" (2–3), vilket istället lockar unga att börja. Tobaksindustrins förhållningssätt strider mot artiklarna 5.3, 13 och 16 i tobakskonventionen, och naturligtvis även mot barnkonventionen.

Familjens viktiga roll

Föräldrar och den nära familjens inställning och eget tobaksbruk har stor betydelse för utvecklingen av ungdomars tobaksbruk. Därför är det viktigt att de tidigt medvetandegörs om sin viktiga roll. Rökande föräldrars barn riskerar i högre grad att blir rökare, och detsamma gäller om föräldrarna har en tillåtande attityd till rökningen (4). Det visade sig i en tidig studie att även rökande föräldrar som är tydliga i sin inställning att barnen inte ska börja når nästan samma resultat som icke-rökande föräldrar när det gäller att påverka barnen att inte börja. Störst risk att barnen börjar är då de inte känner till föräldrarnas värderingar och attityder till tobaksbruk, eller om föräldrarna är tillåtande (5).

Kommun och länsstyrelse

De flesta ungdomar grundlägger sitt tobaksberoende innan 18 års ålder. Därför behövs tidiga och samordnade insatser riktade till barn och unga och ett samhälle och en närmiljö som stödjer tobaksfritt och signalerar att normen är tobaksfritt. Lokalt har kommunen och länsstyrelsen centrala roller när det handlar om riktlinjer, policys och samverkan för att minska tobaksbruket och förhindra att barn och unga bör-

jar använda tobak. Att kommuner inför rökfri eller tobaksfri arbetstid för personal och även ger stöd till opinionsbildningsprojektet Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025, är stödjande för alla kommunala verksamheter, inte bara skola, fritid och kultur utan också övrig förenings-, idrotts- och annan verksamhet. Rök-/tobaksfri arbetstid har många viktiga spridningseffekter då personalen är förebilder för befolkningen. Det tobaksförebyggande arbetet kan ytterligare stärkas genom riktade policys samt aktivitets- och handlingsplaner för de olika verksamheterna. Dessa bör regelbundet följas upp för hållbarhet och långsiktighet i arbetet. På kommunens arenor, som förskola, skola och fritid, tillbringar de flesta barn och unga större delen av sin uppväxt, och det är då av största vikt att tobakslagstiftningen och lokala policys efterlevs där. Länsstyrelsen är statens förlängda arm när det handlar om tillsyn och regional samordning mellan kommuner och andra aktörer.

Skolan som arena

Basen för skolan som en tobaksfri arena är tobakslagen, som är en skyddslag. Lagen stadgar att rökning är förbjuden i alla lokaler avsedda för barn- och ungdomsverksamhet. År 1994 skärptes lagen till att även omfatta barnens utomhusmiljöer: skolgårdar och områden runt fritidshem och förskolor. Idag är målsättningen för allt fler kommuner att skolan och dess närområde ska vara en tobaksfri zon för alla; för barnen, personal och besökare, genom införande av tobaksfri skoltid. Enligt Skolverkets kunskapsöversyn behövs en kombination av olika insatser för att det tobaksförebyggande ungdomsarbetet i skolan ska vara effektivt (6). Enbart informationsinsatser som ger eleverna ökad kunskap räcker inte (7–8).

Hälso- och sjukvård och tandvård

Landstinget som tillhandahåller hälso- och sjukvård samt tandvård har som hälsofrämjande verksamhet ansvar att följa upp tobaksbruk, sprida information om tobakens skadeverkningar och erbjuda stöd för att sluta, även till unga. Ofta sker detta via ungdomsmottagningar, då ungdomar inte i någon större utsträckning kommer till tobaksavvännare inom vården. Tandvården däremot möter alla barn och unga regelbundet till 19 års ålder och tar regelmässigt upp tobaksbruk med ungdomar. Om ett barn inte kommer till tandvården trots upprepade kontakter kan det leda till en anmälan till socialtjänsten. Flera landsting arbetar också förebyggande med verksamheter som till exempel Tobaksfri duo (9).

Närsamhället som arena

I arbetet med att stärka normen "tobaksfritt" har närsamhället en viktig roll. Det handlar först och främst om aktörer kring barnen, som idrott, kultur och andra fritidsverksamhe-

ter. För att ytterligare stärka, samordna och effektivisera det tobaksförebyggande arbetet lokalt bör man även identifiera andra möjliga samarbetspartners i närsamhället. Det kan handla om privata företag, butikspersonal, kyrkan, polisen, företagargrupper och föreningar som ligger utanför den kommunala verksamheten.

Flera komponenter behövs för bästa effekt

Sammanfattningsvis behövs förutom efterlevnad av gällande styrdokument; lagstiftningen, tobakskonventionen och barnkonventionen, insatser på olika samhällsnivåer för att nå bästa effekt. Satsningarna ska i huvudsak vara generella och utgå från de aktörer som finns nära barnen/ungdomarna. Skolan som arena spelar en avgörande roll i samspel med andra arenor.

Ett tobaksförebyggande metodarbete på lokal nivå bör vara politiskt förankrat för att ge mandat och utvecklingsmöjligheter till de verksamheter och den personal som ansvarar för genomförandet. Det ska innehålla flera komponenter och innehålla en plan för implementering, se kapitel 9. Nedan följer ett antal faktorer som har betydelse för det tobaksförebyggande arbetet. Sammansatta program innehållande flera strategier är de som har visat sig ge störst effekt. Kortfattat handlar det om att utgå från aktuell forskning, risk- och skyddsfaktorer, skapa hälsofrämjande miljöer så långt det är möjligt och inkludera nedanstående viktiga delar.

Mål/syfte	Metod
Lagstiftning/konventioner	Styrdokument
Gemensam grund	Policy
Kunskapsspridning	Informationsinsatser
Aktiva och delaktiga elever	Kontraktsmetod t ex Tobaksfri duo
Engagerade vuxna	Interaktiv pedagogik, ANDT på Schemat
Attitydpåverkan	Värderingsövningar
Beteendepåverkan	Social färdighetsträning
Sekundär prevention	Tobaksavvänjning.

Referenser

1. *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations.* (2007). Tobacco Free Initiative. Geneva: World Health Organization.
2. Ling P M, Landman A, Glantz S A. It is time to abandon youth access tobacco Programmes. *Tobacco Control* 2002; 11:3-6.
3. Landman A, Ling P M, Glantz S A. Tobacco Industry Youth Smoking Programs: Protecting the Industry and Hurting Tobacco Control. *American Journal of Public Health*, 6; 2002: 917-930.
4. Mayhew K P, Flay B R, Mott J A. Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence* 59;2000:S61-S81.
5. Marklund U. "Det onda jag inte vill, det gör jag". En kartläggning av 13 – 17-åringars tobaksvanor, kunskaper och attityder. (1989). Stockholm: Socialstyrelsen.
6. *Undervisning om alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT), - en praktisk nära genomgång.* (2013). Stockholm: Skolverket.
7. *Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction.* (1994). Center for Disease Control, US Department of Health and Human Services.
8. *Using Multiple Strategies in tobacco Use Prevention Education.* (2002). American Legacy Foundation.
9. Nilsson M, Stenlund H, Bergström E, Weinehall L, Janlert U. (2006). It takes two: Reducing adolescent smoking uptake through sustainable adolescent-adult partnership. *Journal of Adolescent Health*, 39:880-86.

Kapitel 7 Tobaksförebyggande arbete riktat till ungdomar i skolan

Under barns och ungas uppväxt är skolan en viktig plats, och vanor som senare rapporteras bland vuxna, formas under barndom och tonårstid (1). Alla barn kan nås i skolan, vilket är särskilt viktigt för barn som lever med bristande vuxenstöd och i riskmiljöer. Genom att ge stöd och göra förändringar i barnens nära omgivning kan man bidra till minskad rökning hos unga. Det är viktigt att använda de bästa arbetssätten för att stödja så många barn som möjligt till ett tobaksfritt liv. Därför presenterar vi i denna kunskapsöversikt ett urval av vetenskapligt studerade program och utvärderingar, det som kallas kunskapsbaserade metoder, som antingen är helt skolbaserade eller utförs i samverkan med skolan med särskilt intresse för effekter på lång sikt. Här ingår också kortfattade beskrivningar av några faktorer och förhållningssätt som kan påverka ungas tobaksbruk hämtat från vetenskaplig litteratur; om skolan som miljö och arena, om betydelsen av skolans anda för det tobaksförebyggande arbetet och om metoder för social påverkan.

Program och utvärderingar

Internationellt

Över tid har förståelsen ökat om att kunskap om rökningens skadeverkningar inte räcker för att förhindra rökdebut hos unga. Övergripande program som använder flera komponenter har generellt visat sig effektivare än enbart informationsbaserade insatser, som har visat begränsad eller ingen effekt (2, 3). Nedan presenteras först resultat av skolbaserade utbildningsprogram om tobak och därefter ges ett exempel från Island om ett övergripande, brett program där skolan ingick som en av flera aktörer.

Studier av skolbaserade utbildningsprogram om rökning, många av dem genomförda i USA, har haft blandad framgång (4, 5). Det finns exempel på skolprogram om rökning på schemat som har haft kortsiktiga effekter, men få har rapporterat några bestående resultat (6, 7, 8, 9). "Hutchinson Smoking Prevention Project", var ett flerårigt program som använde lärarledda lektioner om rökning enligt ett schema i skolan. I utvärderingen fann man inga bevis för att programmet hade långsiktiga effekter (10). I programmet saknades komponenter för social påverkan, såsom övning i kommunikationsförmåga, beslutsfattande och att göra ett åtagande, något som en del forskare betonat som viktigt att ha med i förebyggande arbete (11).

På Island påbörjades 1997 ett brett förebyggande arbete mot tobak, alkohol och cannabis – "Youth in Iceland". I satsningen samlades årligen data in i skolorna om 10–16-åringars bruk av tobak, alkohol och cannabis, samt om relaterade faktorer som hur ungdomarna mådde (i och utanför skolan), om familjen, kamraterna och vad de gjorde på fritiden. Resultaten presenterades snabbt på skolnivå för bland annat

skolpersonal, inom två månader, och användes som grund för att besluta om aktiviteter, åtgärder och policys från lokal till nationell nivå. 1998 sattes målet om att uppnå ett drog-fritt Island genom att förändra ungas beteenden och deras miljö i relation till droger. Exempel på åtgärder var att se till att barn och föräldrar tillbringade mer tid tillsammans, att unga inte var ute sent på kvällarna och hade en "festande livsstil" och att de ägnade sig åt organiserade idrottsaktiviteter. Tidigt infördes nationella åtgärder som exponeringsförbud för tobaksprodukter och en rejäl resursförstärkning gavs till idrottsföreningar för att stödja arbetet. Programmet utvärderades med en nationell repeterad tvärsnittsstudie under sju år. Under samma tid stärktes de förebyggande insatserna. Mellan 1997 och 2014 sjönk den dagliga rökningen bland elever i skolår nio och tio (15–16 år) från 17 till 1,6 procent (12). Samtidigt konstaterades att den tid barnen spenderade med föräldrar hade fördubblats, liksom andelen elever i skolår nio som deltog i organiserade idrottsaktiviteter mer än fyra gånger per vecka. Andelen barn som var ute sent på kvällarna nästan halverades. Dialoger hölls med olika aktörer kring samarbetet och skolan var en aktörerna.

I Sverige

Hur skolan förhåller sig till tobak spelar roll då det gäller att förbygga barns och ungdomars tobaksbruk. Det är viktigt att skolan har en gemensam strategisk grund som utgångspunkt för skolans tobaksförebyggande arbete; en överenskommen policy kan beskriva hur man ser på tobaksfrågan, hur man ska arbeta med den och vad man vill uppnå. I kunskapssammanställningen *Rökfria skolgårdar och en tobaksfri skoltid* (13) ges flera exempel på betydelsen av att utveckla ett sådant gemensamt förhållningssätt, t ex. att en policy bidrog till att medvetandegöra vuxna om att de var förebilder för eleverna rörande tobak.

Nedan presenteras ett urval av studier och förebyggande program som utvärderats vetenskapligt i Sverige under de senaste tjugo åren.

"BROMS" (Barns Rökning Och Miljö i Stockholms län) var en longitudinell studie som mellan åren 1998 och 2005 följde ca 3000 ungdomar i åldrarna 11 till 18 år. Syftet var att på djupet förstå mer om faktorer som påverkade tobaksdebuten. Genom enkäter till elevernas familjer, till skolhälsovård, lärare och rektorer samlades information om olika omgivningsfaktorer in. BROMS-studien bidrog med bred kunskap om en rad olika betydelsefulla faktorer viktiga vid utformandet av förebyggande program. I en delstudie rapporterades att ungdomar som både rökte och snusade var en högriskgrupp när det gällde tobaksberoende och tobaksrelaterad ohälsa. De hade en tobaksanvändning som ökade snabbare och som även blev mer långvarig jämfört med dem som enbart rökte eller snusade (14). En annan delstudie i BROMS

rapporterade att ungdomar som både rökte cigaretter och snusade hade en rejält ökad risk att ha symptom på nikotinberoende än de som enbart rökte. Slutsatsen drogs att snus bidrar till ett ökat nikotinberoende hos blandbrukarna (15). Föräldrar var förebilder för barnen genom sitt tobaksbruk. Mammornas rökning bidrog till både döttrars och söners rökning. Pappornas snusande hade betydelse för söners snusande men inte för rökning. Mammornas snusande tydde på samma sak men eftersom antalet snusande mammor i studien var för lågt så saknades tillräcklig statistisk styrka för att dra en säker slutsats (16). Mer om BROMS nedan.

I en annan studie utvärderades effekten av *klassbesök i skolår sex med interaktiv information* utifrån olika perspektiv på tobaksfrågan. Klassbesöket varade i 80 minuter och genomfördes av en ung "inspiratör" från organisationen A Non Smoking Generation. Utvärderingen gjordes med en enkät i en interventions- och i en kontrollgrupp. Före interventionen iaktogs inga skillnader i andelen rökare mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Två år efter interventionen var andelen rökare i interventionsgruppen ungefär två tredjedelar av den i kontrollgruppen. När den statistiska analysen baserades på enskilda elever, var skillnaden mellan de två grupperna statistiskt signifikant, men om skolorna användes som analysenhet, var resultatet inte signifikant. Slutsatsen var att en liten insats kan ha en effekt på rökning bland skolbarn, men att även andra förebyggande åtgärder i skolorna sannolikt bidrog till den positiva utvecklingen av rökning i interventionsgruppen (17).

I "EU-Dap-studien" (European Drug Abuse Prevention Trial) som startade 2002, där Sverige medverkade som ett av sju europeiska länder, utvecklades och utvärderades en skolbaserad läroplan för att förebygga ungas bruk/missbruk av alkohol, narkotika och tobak. Läroplanen, som kallades "Unplugged", innehöll tolv 60-minuters lärarledda interaktiva lektioner som byggde på strategier för social påverkan och fokuserade på sociala och personliga färdigheter, kunskap och normativa föreställningar. Läroplanens effektivitet utvärderades med en randomiserad studie. I korttidsuppföljningen efter fyra månader visade det sig att interventionsgruppen hade 30 % lägre sannolikhet för daglig rökning jämfört med kontrollgruppen. I Sverige var effekten inte lika tydlig, vilket man antog kunde bero på att livskunskap redan var en vanlig komponent i svensk ANDT-undervisning och därför kunde utjämna skillnader (18, 19).

"Tobaksfri duo" (T-duo) är en komplex intervention som startades 1993 av landstinget Västerbotten i samverkan med skolor i länet. Den började i liten skala med två skolor det första året. Sedan blev fler skolor intresserade och en till två skolor tillkom varje år fram tills 1997, då landstingsledningen beslöt att erbjuda alla kommuner i länet stöd i att starta. I dag bedrivs T-duo i mer än 75 kommuner i landet. T-duo har målet att minska ungas tobaksbruk; cigarettrökning, rökning

av pipa/vattenpipa och snusning. Rökning av e-cigarett inkluderades i interventionen år 2014. Interventionen utförs i lokalsamhället med skolan som nav och engagerar ungdomarna själva samt vuxna i deras närmiljö. I T-duo ingår att man skapar en övergripande organisation för arbetet, att man applicerar ett stödjande hälsofrämjande förhållningssätt samt att man använder ett antal centrala metodkomponenter. Under skolår fem eller sex inbjuds eleverna att delta i interventionen som pågår till och med att de lämnar skolår nio. Genom att varje år inbjuda eleverna i de nya femmorna eller sexorna bygger man successivt på med en årskurs i taget och efter tre till fyra år har man inkluderat alla skolår en, beroende av i vilken årskurs man startade. Ambitionen med interventionen är att inspirera och stödja ungdomarna till att leva tobaksfritt genom att nå dem innan tobak testas och genom de olika engagerade aktörernas arbete skapa en norm i lokalsamhället som stödjer tobaksfrihet. Metodkomponenterna i interventionens miniminivå är: 1) Den tobaksfria duon, 2) Elevinformationen, 3) Föräldrainformationen, 4) Medlemskortet, 5) Den årliga försäkringen och 6) Undervisningen. Metoden har studerats genom två tvärsnittsstudier och en kohortstudie med publicering i sammanlagt tre vetenskapliga artiklar, 2006, 2009 och 2015 (20, 21, 22). De visade alla en minskning av tobaksbruk bland barnen som var med i interventionen. Resultaten från studien från 2015 understryker behovet av att inom T-duo hitta former för att stödja och inkludera barn i särskild risk för tobaksbruk.

Skolan som miljö och arena

De faktorer som påverkar processen från initiering till regelbunden rökning är individuella och påverkade av sammanhanget där barnet finns och de fungerar i ett komplext samspel med omgivningen. Forskning har under de senaste två årtiondena intresserat sig alltmer för skolan som en miljö som inte bara kan påverka elevers skolprestationer utan också deras hälsa. Världshälsoorganisationen WHO beskrev i slutet av 1990-talet skolan som en möjlig stödjande miljö för barns hälsa och utveckling (23) och samma slutsats har dragits av andra forskare (24, 25). I skolan kan man fokusera de hälsofrämjande insatserna direkt på faktorer i det sammanhang där barnen finns och genom att ge stöd och genomföra förändringar där bidra till beteendeförändringar hos barn och unga (26). Förebyggande program som har fokuserat på skolan som miljö i stället för på enskilda individer har visat exempel på framgång i att förhindra olika problembeteenden (27). Några exempel handlar om skolmiljön, upplevd kvalitet på elev-lärorelationer, delaktighet och engagemang, inkludering och omsorg.

Betydelsen av skolans anda för det tobaksförebyggande arbetet

De exempel som beskrivs i stycket ovan sägs ofta samman taget karakterisera skolans anda eller skolkultur. Skolnормer och värderingar har rapporterats kunna påverka både

rökning och alkoholanvändning hos eleverna (28). Brittiska forskare som studerade skoleffekter i interventioner mot rökning drog slutsatsen att skolkultur är en oberoende riskfaktor för rökning (29). En annan brittisk studie fann liknande mönster; skoleffekterna var tydligast för rökning men sågs också vad gällde alkohol- och annan droganvändning bland 13 - 15-åringar. Forskarna drog slutsatsen att skolor som engagerar och involverar elever i utbildningen och som beskriver bättre relationer mellan lärare och elever också hade mindre rökning på skolan (30). I BROMS-studien bland elever i skolår fem, som studerade skol- och klassmiljöer i relation till rökning, drogs slutsatsen att det var klassfaktorer och de sociala relationerna i klassen, snarare än skolfaktorer, som hade ett oberoende samband med rökdebut och fortsatt rökning (31). Den första studien som undersökte skoleffekter på rökning uppdelat på kön rapporterade att skolegenskaper såsom kvaliteten på lärar- och elevrelationer, studenters attityder till skolan och skolfokus på omsorg och delaktighet kunde påverka rökning för både pojkar och flickor i åldrarna 15–16. Den rapporterade effekten var större för pojkar än för flickor (32).

Modeller som inkluderar social påverkan

Den unga rökaren blir rökare i ett socialt sammanhang, inte i ett vakuum. Metoder som bygger på modeller för social påverkan har sedan 80-talet använts flitigt i program för att förebygga ungas tobaksbruk. Kärnan i sådana modeller är att förändra attityder, kunskap och beteende hos ungdomar inom ramen för en social miljö. Vid en genomgång av 25 interventionsprogram som använde metoder för social påverkan drogs slutsatsen att det är möjligt att förhindra ungdomar från att röka. Arton av de tjugofem program som ingick i studien visade signifikanta kortsiktiga interventionseffekter och de varade längre än 24 månader i hälften av programmen om påfyllningsaktiviteter genomfördes (33). I en analys av de vetenskapliga publikationerna inom området var den gemensamma slutsatsen att program som använde psyko-

sociala komponenter för att förebygga rökning bland unga framgångsrikt hade minskat ungdomars rökning också på lång sikt. De program som använde kognitiva beteende- och färdighetskomponenter visade de bästa effekterna (34). I en annan sådan analys av 207 skolbaserade drogforebyggande program, som inkluderade 74 program mot rökning, fann man att program mot flera droger var lika effektiva för att minska rökningen som de som enbart riktade sig mot tobaksbruk (35). Man tog hänsyn till programmets storlek i analysen och de mest framgångsrika programmen var små interaktiva program. Resultaten från övergripande analyser tyder på att förebyggande skolbaserade program mot rökning kan ha långsiktiga effekter om de innehåller interaktiva komponenter för social påverkan eller sociala färdigheter, om de består av minst 15 lektionspass i klass nio och om insatserna också visar betydande kortsiktiga effekter (36, 37).

Sammanfattning och slutsats

Skolan är en viktig arena för förebyggande arbete genom möjligheten att nå i princip alla barn och ungdomar. Studier i och utanför Sverige har visat att det går att minska ungas rökning genom förebyggande program. Övergripande program med flera komponenter och aktörer har generellt visat sig effektivare än enbart informationsbaserade insatser. Metoder som inkluderar social påverkan har använts flitigt i program för att förebygga ungas tobaksbruk och bidragit till framgång. Skolanda, klassfaktorer, sociala relationer i klassen, värderingar och normer är exempel på sådant som kan ha betydelse för ungas rökning i skolan. Att involvera ungdomarna och att uppnå bra relationer mellan lärare och elever kan bidra till att minska ungas rökning. Med hänsyn taget till tobaken som folkhälsoproblem och den andel unga som varje år fastnar i tobaksbruk behövs ett ständigt pågående tobaksförebyggande arbete som fortsätter att utvecklas. Vid designen av nya program bör man utgå från den kunskap som samlats in genom vetenskapliga studier.

Referenser

1. Persson L. (2016). *Health Promotion in Schools Results of a Swedish Public Health Project*. Karlstad: Doktorsavhandling, University Studies, 2016:24.
2. Bruvold WH. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programmes. *American Journal of Public Health*, 83:872-880.
3. Backinger CL, Fagan P, Matthews E, et al. (2003). Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tobacco Control*, 12 (Suppl 4:IV):46-53.
4. Coleman T. (2004). ABC of smoking cessation, special groups of smokers. *British Medical Journal*, 328:575-577.
5. Flay BR. (2007). *The long-term promise of effective school-based smoking prevention programs*. In: RJ Bonnie, K Stratton, RB Wallace (Eds.). *Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation* (pp.449-477). Washington, DC: The National Academies Press.
6. Flay BR, Koepke D, Thomson SJ, et al. (1989). Six-Year Follow-up of the First Waterloo School Smoking Prevention Trial. *American Journal of Public Health*, 79:1371-1376.
7. Ellickson PL, Bell RM and McGuigan K. (1993). Preventing adolescent drug use: Long-term results of a junior high program. *American Journal of Public Health*, 83:856-861.

Referenser forts.

8. Klepp KI, Oygard L, Tell GS, et al. (1994). Twelve year follow-up of a school-based health education program. *European Journal of Public Health* 4:195-200.
9. Flay BR. (2007). *The long-term promise of effective school-based smoking prevention programs*. In: RJ Bonnie, K Stratton, RB Wallace (Eds.), *Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation* (pp.449-477). Washington, DC: The National Academies Press.
10. Peterson AV, Kealey KA, Mann SL, et al. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention – Results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92:1979-1991.
11. Sussman S, Hansen WB, Flay BR et al. (2001). Correspondence. *Journal of the National Cancer Institute*, 93:1267.
12. Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Thorlindsson T, Mann MJ, Sigfusson J, Allegrante JP. (2016). Population trends in smoking, alcohol use, and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction*, 111, 645-652.
13. Statens folkhälsoinstitut. *Rökfria skolgårdar och en tobaksfri skoltid. En kunskapssammanställning*. Rapport A 2011:16. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
14. Rosendahl, K. I., Galanti, M. R., & Gilljam, H. (2008). Trajectories of smokeless tobacco use and of cigarette smoking in a cohort of Swedish adolescents: Differences and implications. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(6), 1021-1027
15. Post, A., Gilljam, H., Rosendahl, I., Bremberg, S., Galanti, M. R. (2010). Symptoms of nicotine dependence in a cohort of Swedish youths: a comparison between smokers, smokeless tobacco users and dual tobacco users. *Addiction*, 105(4):740-6.
16. 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.
17. Edvardsson I, Håkansson A (2000). Development of children's smoking habits: questionnaire studies in intervention and control groups. *Acta Paediatr.* 89(10):1257-61.
18. Vigna-Taglianti FD, Galanti MR, Burkhardt G, Caria MP, Vadrucchi S, Faggiano F; EU-Dap Study Group. ["Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial.](#) *New Dir Youth Dev.* (2014) (141):67-82, 11-2. doi: 10.1002/yn.20087.
19. <http://folkhalsoguiden.se/amnesomraden/tobak/projekt/unpluggedprogrammet/> (Läst 170107)
20. Nilsson M, Stenlund H, Bergström E, Weinehall L, Janlert U. (2006). It takes two: Reducing adolescent smoking uptake through sustainable adolescent-adult partnership. *Journal of Adolescent Health*, 39:880-86.
21. Nilsson M, Stenlund H, Weinehall L, Bergström E, Janlert U. (2009). "I would do anything for my child, even quit tobacco" - Bonus effects from an intervention that targets adolescent tobacco use. *Scandinavian Journal of Psychology*. (50) 341-345, 2009.
22. Hedman L, Andersson M, Stridsman C, et al. (2015). Evaluation of a tobacco prevention programme among teenagers in Sweden. *BMJ Open* 2015;5:e007673. doi:10.1136/bmjopen-2015-007673.
23. WHO. (1997). *Promoting Health Through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Geneva: World Health Organization. (HO Technical Report Series 870).
24. *Health and Wellbeing*. In B. Wold, & O. Samdal (Eds.). *An Ecological Perspective on Health Promotion System, Settings and Social Processes*. Bentham eBook. DOI: [10.2174/97816080534141120101](https://doi.org/10.2174/97816080534141120101).
25. Macnab AJ, Ganon FA, & Stewert D. (2014). Health promoting schools: consensus, strategies, and potential. *Health Education*, 114(3), 170-185.
26. Kokko K, Green LW, & Kannas L. (2014). A review of settings-based health promotion with applications to sports clubs. *Health Promot. Int.*, 29 (3), 494-509. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/29/3/494.short-aff-2> (läst 170107)
27. Wilson D, Gottfredsson D, Najaka S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: a metaanalysis. *Journal of quantitative criminology*, 17:247-271.
28. Sellström E, Bremberg S. (2006). Is there a "school-effect" on pupil outcomes? A review of multilevel studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:149-155.
29. Aveyard P, Markham WA, Cheng KK. (2004). A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. *Social Science and Medicine*, 58:2253-2265.

Referenser forts.

30. West P, Sweeting H, Leyland A. (2004). School effects on pupils' health behaviours: evidence in support of the health promoting schools. *Research Papers in Education*, 19(3):261-291.
31. Rosendahl I, Galanti MR, Gilljam H, Bremberg S, Ahlbom A. School and class environments are differently linked to future smoking among preadolescents. *Preventive Medicine* 34, 649–654 (2002) doi:10.1006/pmed.2002.1033
32. Henderson M, Ecob R, Wight D et al. (2008). What explains between-school differences in rates of smoking? *BMC Public Health*, 8:218.
33. Skara S, Sussman S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37:451-474.
34. Hwang MS, Yeagley KL, Petosa R. (2004). A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Education and Behavior*, 31(6):702-719.
35. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4):275-336.
36. Flay BR. (2007). *The long-term promise of effective school-based smoking prevention programs*. In: RJ Bonnie, K Stratton, RB Wallace (Eds.). *Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation* (pp.449-477). Washington, DC: The National Academies Press.
37. Flay BR. (2009). School-based smoking prevention programs with the promise of long-term effects. *Tobacco Induced Diseases*, 5:6.

Maria Nilsson, Psykologer mot Tobak, 2018-05-01.

Kapitel 8 Tobakspolicy viktig strategi i skolan

Skolans förhållningssätt till tobak har betydelse för att förebygga barns och ungas tobaksbruk. De flesta skolor i Sverige har idag någon form av tobakspolicy. Det är en viktig strategi och bör vara utgångspunkten för skolans tobaksförebyggande arbete. Policyn beskriver hur man ser på tobaksfrågan, hur man ska arbeta med den och vad man vill uppnå. Den ska vara ett visionärt och engagerande dokument som diskuteras, omsätts i daglig verksamhet och får praktisk betydelse för förhållningssättet till tobak.

På en del håll går man idag ifrån policybegreppet, eftersom policyer ofta är luddiga och visionära. Istället använder man begreppet "strategier med handlingsplaner". Strategin innehåller mål, organisation, ansvar, uppföljning och så vidare, men även till exempel vision och värderingar som ska styra arbetet. Handlingsplanen är konkret och tydlig och beskriver vilka aktiviteter som sak genomförs.

Hur det kan se ut idag

– tobak som ordningsfråga

Idag behandlas tobak i många fall enbart som en ordningsfråga i skolans värld. Då utformas ett antal regler och en handlingsplan som beskriver vad man ska göra om reglerna bryts. Arbetet inriktas på att efterleva det lagstadgade förbudet mot rökning på skolgården och innebär i princip att "jaga rökare" och försöka få dem att fimpas, alternativt avlägsna sig från skolans område. Lärare och annan skolpersonal uppfattas lätt som en slags "rökpoliser". Detta riskerar att leda till konflikter såväl mellan skolpersonal och elever som mellan kollegor, och kan bidra till att tobaksfrågan blir en infekterad fråga på skolan. När tobaksbrukarna blir "ett problem som ska lösas", blir det svårt att få dem engagerade i arbetet för att skapa en tobaksfri skola, och de behövs i arbetet. Attityder som att "skolan hotar den personliga integriteten" ("de ska tvinga mig att sluta") och "skolan ska väl inte lägga sig i om folk röker" kan få fäste, även bland de som inte själva använder tobak. För tobaksbrukarna kan det bli en "frihetshandling" att röka på skolgården ("jag röker väl om jag vill – jag tänker minsann inte ge mig för det här j-dra förbudssamhället"). Både fokus och diskussion hamnar då helt fel.

En policy som får betydelse – tobak som skyddsfråga
Det är centralt att tobaksbruk i skolan definieras som en *skyddsfråga*. Fokus flyttas då från de tobaksbrukande eleverna till den överväldigande majoritet elever som är tobaksfria och som vi vill ska förbli det. De allra flesta som börjar på en högstadieskola i Sverige idag är tobaksfria. Frågan bör alltså inte vara: "hur ska vi få de fåtal elever som använder tobak att sluta?" De relevanta frågorna är följande:
– Hur kan vi utveckla vår skola till en skyddande och stödjande miljö så att färre börjar?

– Vad kan vi göra för att skolan ska vara ett stöd till våra tobaksfria elever så att de kan förbli tobaksfria under de år de går i vår skola?

– Hur undviker vi att skolan blir en miljö, och skoltiden en period, som *skapar* tobaksbrukare?

– Vad kan vi göra för att skoltiden inte ska fungera som en plats för tillvänjning, en "smitthärd", när det gäller tobaksbruk?

Målbild tobaksfri skoltid

Skolan ska sträva efter att vara en skyddande miljö där tobaksprodukter brukas och syns i allt mindre utsträckning. Med tobaksprodukter menas cigaretter, snus, vattenpipa och e-cigaretter med och utan nikotin. Den långsiktiga målsättningen bör vara att barn och unga erbjuds en skoltid där de överhuvudtaget inte utsätts för tobaksprodukter eller tobaksbruk. Man kan jämföra målbilden tobaksfri skoltid med nollvisionen i trafiken. Genom att bygga allt säkrare bilar och vägar strävar man efter att ingen ska dö eller bli skadad i trafiken. Det händer trots det fortfarande olyckor i trafiken, men man fortsätter att utveckla arbetet för en ökad trafiksäkerhet. På samma sätt kan man betrakta målbilden "tobaksfri skoltid". Med ett kontinuerligt arbete utvecklas arbetssätt, stöd och pedagogik så att allt fler är tobaksfria, och arbetet fortsätter tills man har nått målet "en tobaksfri skoltid".

Skolans uppdrag att erbjuda en skyddande skolmiljö

Det här förhållningssättet går väl ihop med skolans uppdrag att ge eleverna de bästa livsförutsättningarna. Kunskap, fostran och en trygg, stödjande och hälsofrämjande verksamhet, miljö och skoltid är viktiga delar. Att arbeta för en skolmiljö och skoltid befriad från tobak bör vara en självklar del. I detta arbete kan alla delta – skolpersonal och elever – både de som inte brukar tobak och de som gör det. De senare (som brukar tobak) är mycket viktiga i arbetet för en tobaksfri skoltid. När de avstår från att använda tobak under skoltid blir de ett stort stöd till sina tobaksfria skolkamrater. Om de kan engageras och förstå sin roll som viktiga aktörer i arbetet för att deras kamrater ska förbli tobaksfria blir det inte längre rebelliskt att röka eller snusa under skoltid, bara osolidariskt. Erfarenhet visar att de flesta tobaksbrukare brukar göra sitt bästa för att stödja arbetet för en tobaksbefriad skola när de bjuds in att delta och förstår frågan.

Stöd att sluta med tobak

Skolan bör naturligtvis också erbjuda elever som använder tobak stöd att sluta, men det är ett sekundärt mål. Läs mer om tobaksavvänjning för ungdomar i kapitel 10.

Innehåll och formuleringar i tobakspolicyn

Tobakspolicyn ska i första hand svara på två frågor:

- **Fråga: Vad är det vi gör?** Svar: vi arbetar för en tobaksfri skoltid.
- **Fråga: Varför gör vi det?** Svar: vi gör det för att stödja våra elever att förbli tobaksfria.

De här två svaren är huvudkomponenterna och grundstenarna i arbetet för tobaksfri skoltid. När målbilden "huvudfokus är att stödja de tobaksfria eleverna att förbli tobaksfria" är klar, brukar det inte vara så svårt att skapa engagemang för arbetet. Det är ett mål som all personal och alla elever kan ställa sig bakom och tillsammans verka för.

Förankring och implementering

Tobakspolicyn behöver förankras hos såväl elever som personal så att den kan bli en naturlig del av skolans värdegrund och verksamhet. Strukturer och rutiner för genomförandet måste tas fram för att policyn ska kunna kommuniceras och omsättas i handling. Läs om implementering i kapitel 9.

Exempel på en tobakspolicy

Bakgrund

Tobaksbruk är ett av vårt lands största hälsoproblem. Nyrekrytering till tobaksbruk sker nästan uteslutande bland barn och ungdomar. Forskning har visat att skolans förhållningssätt till tobak har stor betydelse för att förebygga barns och ungas tobaksbruk. "Exempelskolan" arbetar för en tobaksfri skoltid.

Vår vision

Vi på "Exempelskolan" vill stödja våra elever till ett tobaksfritt liv. Vi arbetar därför mot visionen/målet tobaksfri skoltid.

Vad är det vi gör?

"Exempelskolan" arbetar för en tobaksfri skoltid. Det innebär att vi aktivt arbetar för att uppnå en skolmiljö och -skoltid som är helt befriad från tobak. Det gäller såväl synlighet som bruk av tobaksprodukter. I arbetet för en tobaksfri

skoltid bär alla – personal och elever – ett ansvar. Alla har möjlighet att bidra till att skoltiden ska vara tobaksfri. Att personal och elever som själva brukar tobak avstår från att använda och synliggöra tobaksprodukter i skolmiljön och under skoltid är viktigt för att stödja elever och skolkamrater till ett tobaksfritt liv.

Varför gör vi det?

För att stödja våra elever att förbli tobaksfria. Skolan som miljö och skoltiden som tidsperiod är mycket betydelsefull för att förebygga barns och ungas tobaksbruk. Genom att verka för en tobaksfri skolmiljö och skoltid minskar vi risken att elever introduceras till tobaksprodukter och tobaksbruk. Vårt aktiva förhållningssätt stärker tobaksfrihet som norm bland våra elever, vilket ger ett skydd även under fritiden. Arbetet för en tobaksfri skoltid ska därför ses som en del i "Exempelskolans" hälsofrämjande arbete. Målsättningen är att ge våra elever de bästa förutsättningarna för ett tobaksfritt liv, en naturlig del av skolans kärnuppslag.

Definition av tobaksbruk/tobaksprodukter

Avser rökning (cigaretter samt vattenpipa med och utan nikotin), snusning (snus med och utan nikotin) och e-cigaretter (med och utan nikotin).

Mer information Statens folkhälsoinstitut. *Rökfria skolgårdar och en tobaksfri skoltid. En kunskapssammanställning.* Rapport A 2011:16. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Niklas Odén i samarbete med Barbro Holm Ivarsson, Psykologer mot Tobak, 2018-05-01.

Niklas Odén är fristående sakkunnig i ANDT-, förebyggande- och hälsofrämjande arbete i skola samt andra barn- och ungdomsverksamheter. Niklas är även projektledare för Tobaksfri skoltid NU!

niklas@skoluppdraget.se – www.skoluppdraget.se

niklas@nonsmoking.se – www.tobaksfriskoltid.nu

Texten är en bearbetad version av A Non Smoking Generations material "Tobaksfri skoltid – Hur når vi dit." www.nonsmoking.se.

Kapitel 9 Implementering

Inledning

Tänk efter före, skapa en struktur för genomförandet och lär av erfarenheter – då ökar chanserna att lyckas med implementering. Eftersom vi i denna kunskapsöversikt fokuserar på ungdomar och då skolan är den viktigaste arenan för tobaksförebyggande arbete bland ungdomar, kommer avsnittet om implementering att fokusera på detta. Barn har ett extra skydd enligt barnkonventionen och de har rätt till hälsa, liv och utveckling (artikel 24 och 6).

Nio av tio som börjar använda tobak gör det medan de fortfarande är barn och går i skolan. Skolan är samtidigt en komplex arena som ständigt förnyas med nya årskullar och föräldrar. Personalomsättningen och ohälsa, bl.a. stress, har varit stor bland yrkeskategorier inom skolan. För att nå framgång vid införandet av t.ex. Tobaksfri Duo, SMART-metod eller för att förbättra tillämpningen av tobaksfri skoltid eller rökfria skolgårdar behöver man beakta kunskap om implementering.

Definition

Implementering kan definieras som "en rad aktiviteter som genomförs för att förverkliga en idé." En annan definition är "de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används som avsetts och med varaktighet" (1). Med metod menas inte nödvändigtvis att den är evidenssäkrad, även om det är eftersträvänsvärt. Metod kan vara t.ex. ett arbetssätt, ett program eller kunskap som har syftet att förbättra folkhälsan (2).

Kunskap om implementering

Att gå från färdiga forskningsresultat om nya metoder till praktisk användning är en angelägen uppgift. Medvetenhet finns om vikten att använda evidensbaserade insatser inom folkhälsoområdet, men det saknas i stor utsträckning kunskap om hur dessa metoder på bästa sätt kan implementeras i olika verksamheter. *Man kan säga att det till viss del saknas evidensbaserade metoder för implementering av evidensbaserade metoder* (3).

Det är sannolikt svårare att implementera en komplex metod, ett arbetssätt eller en idé som involverar många människor och som kräver beteendeförändring för att

resultat ska uppnås än att implementera en jämförelsevis okomplicerad produkt. Men principerna för implementering är desamma (3). Man måste övertyga om metodens fördelar och synas i mängden av konkurrerande metoder (1).

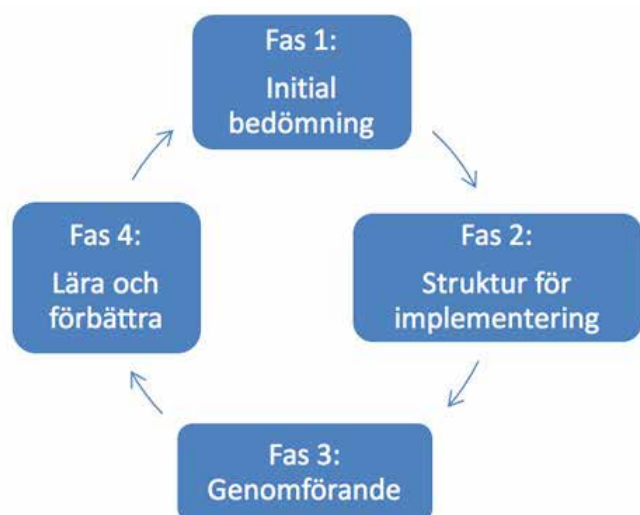
Tanken om ett behov väcks

Implementering av nya metoder och arbetssätt i skolan riktar sig ofta till stora grupper av mottagare. Idén eller behovet kan komma från politisk nivå, t.ex. facknämnd eller kommunstyrelse. Men initiativet kan även komma från tjänsteperson, t.ex. rektor, folkhälsostrateg, ANDT-samordnare eller förvaltningschef. Behovet bör utgå från tillgänglig statistik och med indikatorer som kan fortsätta att användas för uppföljning. Idén ges sedan till lämplig tjänsteperson för att utreda och författa en ärendeskrivning som förslag till beslut. Härvid engageras lämpligen olika professioner som lyfter in sin ämneskompetens i förslaget till beslut.

Det kan ofta vara aktuellt med flera förankringsprocesser. Dels den politiska processen där behovet ska "säljas in" och som sedan leder till ett beslut och engagemang. Dels implementeringen i tjänsteorganisationen som kan omfatta tusentals medarbetare och ytterligare tusentals föräldrar och elever. Till detta kommer närsamhället i form av butiker, media, civilsamhälle samt andra nämnder och förvaltningar. Förankring ska vidare ske till elevråd och elever anpassat efter olika åldrar. Dessutom tillkommer varje år en ny årskull elever. Att lyckas med implementering i så stora och många målgrupper som det ofta handlar om i tobakspreventiva insatser kräver stor seriositet och uthållighet.

Implementeringens faser

Folkhälsomyndigheten redovisar i rapporten *Implementering med kvalitet* att forskare utifrån en genomgång av 25 olika implementeringsmodeller funnit fyra övergripande faser och 14 kritiska steg för att lyckas med en implementering (4).



Figur 1 Faser i processen enligt Meyers D. mfl (8).

FAS 1. Initial bedömning

Forskning visar att implementering är en process över flera år; för införande av en ny metod cirka 2–4 år (1). Det första steget är helt enkelt att någon inom en organisation får en idé om att en ny metod kan användas för att möta ett behov eller lösa ett problem inom organisationen (3). Först bör man undersöka om existerande metoder kan justeras för att bli mer effektiva. Annars väljs den metod som bedöms som bäst lämpad att möta behovet, se kapitel 7 (1).

I fas ett ställs frågor som "vilka behov har vi och passar det nya arbetssättet vår organisation och våra värderingar?", "Finns ett genuint stöd från beslutsfattare, chefer, och praktiker?" "Är vår organisation redo eller behöver vi stärka infrastrukturen eller kanske höja kunskapsnivån?" "Vilka genomför implementeringen i praktiken och hur kan vi stötta dem?" (4) "Hur lång tid ska vi räkna med att det kommer ta?" Idén presenteras för beslutsfattare och ett beslut fattas. Säkerställ att beslutet om implementeringen är fattat på rätt nivå i organisationen (3).

FAS 2. Struktur och förberedelser för implementering

Både studier och erfarenhet visar att enbart information, utbildning eller träning som regel inte resulterar i ett förändrat beteende. Det måste finnas både ett behov och en vilja till förändring, i olika delar av systemet. När ett behov är identifierat, klart uttalat och en lämplig metod är vald finns det några faktorer som är viktiga för att lyckas med implementeringen (3):

En kombination av insatser

- **Tidig involvering av användarna** – de som ska sköta den faktiska implementeringen måste involveras redan i planeringsstadiet.
- **Resurser** – organisatoriskt och ekonomiskt stöd är grundläggande förutsättningar. En tydlig organisation med klar ansvarsfördelning. Implementering inom befintlig ekonomisk ram ger inga bra förutsättningar.
- **Feedback** – insamling och sammanställning av relevant information, som löpande återförs, är viktigt för att stödja och underhålla påbörjade processer.

I fas två utses ansvariga. Roller, ansvar och processer specificeras (4). Det är viktigt att försäkra sig om politiskt, ekonomiskt och organisatoriskt stöd. Roselius och Sundell (1) refererar till att studier har visat att det inte är ovanligt att förändringsförsök stannar vid ett beslut, ofta beroende på att planering för vad som ska hända efter beslutet saknas.

Några områden som speciellt bör beaktas

Ledarskap

Ledarskapet ska leda organisationen genom förändringsprocessen, fastställa mål, kommunicera dem, lösa

målkonflikter och betona långsiktighet. Ledarskapet ska också verkställa aktiviteter och fördela uppgifter under de olika faserna. Det är viktigt med struktur i arbetet med fasta mötestider, kontinuerlig fortbildning och samverkan till exempel. Det är även viktigt att kärnkomponenterna tydliggörs och fortlöpande upprätthålls. Kärnkomponenter kan vara ett tydligt förhållningssätt som är vägledande, en tydlig beskrivning av programmet för de professionella och en strategi för att följa upp insatsens effekter (1).

Projektledning

En förändringsagent utses som ansvarig för implementeringen, vanligen en projektledare och en projektgrupp. Det är en fördel om projektledaren kan ägna sig helt åt förändringsarbetet (1). Att organisera sig efter beslut och innan genomförandeskedet är en viktig del vid implementering och måste få ta tid. Vem utser projektledare? Hur utses personen? Detsamma gäller för projektgrupp, styrgrupp och eventuella referensgrupper. Är det t.ex. kompetens, engagemang, status eller möjlighet att delta utifrån tid som ska styra? Vilka roller kan vara användbara i projektgruppen? Är det en pådrivare, samordnare, mentor, mäklare, spridare, undersökare eller utvecklare? Det är även viktigt att ha en medvetenhet om att konflikter är oundvikliga och kanske t.o.m. en viktig komponent för att skapa och förstå en gynnsam process. Kartlägg gärna intressenterna dvs. de som har intresse av att följa projektet och resultaten. För att se och följa projektets utveckling kan ett flödesschema användas. Då blir det lätt för projektdeltagarna att se de olika aktiviteterna i förhållande till varandra (6).

Planering och förankring

För att idén ska kunna förverkligas behövs planering. Det kan handla om att anställa personal, att anpassa organisationen, inventera utbildningsbehov, ordna lokaler och utrustning. Här, liksom i följande steg i processen, krävs resurser, ibland av omfattande slag (3). Därefter behöver beslutet förankras i organisationen (1).

För att lyckas krävs oftast att olika insatser kombineras, t.ex. utbildning och praktisk träning och återkoppling, att fortlöpande erbjuda stöd och vägledning av god kvalitet, att avsätta tid och resurser och att involvera användarna i ett tidigt skede i processen (3).

För att skapa förståelse för att implementering är en långsiktig process behöver man (1):

- Förbereda argument för förändring, t.ex. nuvarande situationers oförmåga att nå målen och/eller vad en ny metod kan bidra med.
- Skapa motivation för förändring genom att identifiera informella ledare och skickliga professionella och planera åtgärder för att skapa ett brett stöd hos dessa, såväl som hos chefer, politiker, utövare och i närsamhället.
- Beskriva genomförbarhet. Förklara hur nödvändiga funk-

tioner såsom ledarskap, administration och samverkan bör fungera.

– Formulera en preliminär plan för genomförandet.

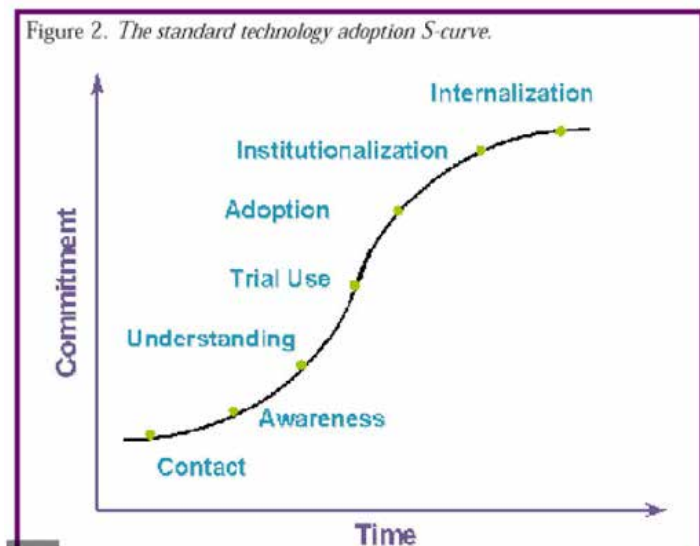
Slutligen sammanställs en implementeringsplan med konkreta uppgifter och tider (4).

Förändringsbenägenhet

En ofta använd modell för spridning är Rogers S-kurva som visar den kumulativa andel som använder en ny metod.

Först ska en person få kunskap om metoden, sedan skapa en positiv attityd till den. Här tar olika personlighetsprofiler olika lång tid på sig, därav S-formen (1).

Figur 2 Rogers S-kurva



De som först tar till sig nya idéer är *innovatörerna* (2,5% av befolkningen) som är ganska få och kännetecknas av att de är allmänt nyfikna och inte tycker sig ha så mycket att förlora på att prova. Därefter följer *tidiga användare* (13,5%). Den *tidiga majoriteten* (34%) gör sedan strax efter det som opinionsledarna precis har gjort. Sen majoritet (34%) är ofta skeptisk till nymodigheter och följer först efter socialt tryck från de system de ingår i. Längst ut i svansen finns *eftersläparna* (16%), en liten grupp som aldrig, eller motvilligt, kommer att anamma det nya (7).

Det finns skillnader i förändringsbenägenhet även bland arbetsplatser. S-kurvan kan appliceras på olika typer av organisationer och hur benägna att införliva nya rön de är (1). Därför är det bäst att börja förändringen vid en arbetsplats som identifierats som mest benägen för att sedan fortsätta med den näst mest benägna osv. (1).

Organizational Readiness for Change kan jämföras med den kända Stages of Change-modellen för förändring. Den senare har använts på individnivå medan Organizational Readiness for Change är en enkät utformad för att undersöka en organisations förändringsbenägenhet och bedöma om en förändring kommer att lyckas.

Utifrån vad enkätens resultat visar kan man bedöma om det finns förutsättningar för förändringen att lyckas. Det har t.ex. visat sig att när anställda har en tydlig uppfattning om uppdraget, trivs med varandra, känner väl till förändringens syfte och innehåll och upplever att nytänkande uppskattas, så kommer även den nya metoden att få genomslag på ett bättre sätt (1).

Det är ingen idé att försöka implementera t.ex. tobaksfri skoltid i en kommun som inte är medveten om att tobaksbruket är ett problem i kommunens skolor. Därför kan det vara viktigt att kartlägga sin organisations medvetenhet och ta konkreta steg för att höja medvetenheten. Under varje steg visas förslag på förändringsagentens agerande (1, 3, 8):

Steg 1. Ingen medvetenhet om problemet eller möjliga lösningar

Strategi: Skapa medvetenhet om problemet genom personliga möten med nyckelpersoner och potentiella supportrar.

Steg 2. Förnekelse av problemet eller möjliga lösningar

Strategi: Skapa medvetenhet om att problemet finns genom personliga möten med nyckelpersoner och peka på faktorer och händelser som visar problemet, samt genom information i olika medier.

Steg 3. Låg medvetenhet om problemet eller möjliga lösningar, men fler är medvetna om problemet samtidigt som motivation saknas att göra något åt det

Strategi: Öka medvetenhet om att problemet uppträder och framhåll att problemet går att lösa.

Steg 4. Planering för att lösa problemet

Strategi: Ge konkreta idéer om hur problemet kan lösas.

Steg 5. Förberedelse för att lösa problemet

Strategi: Samla information om lokala förhållanden av vikt för hur strategin ska läggas upp.

Steg 6. Initiering av metod för att lösa problemet

Strategi: Erbjud specifik information, träning och stöd. Sök finansiering.

Steg 7. Stabilisering av den implementerade metoden

Strategi: Planera för vidmakthållande genom t.ex. utvärdering, anpassning av metoden och nätverksarbete.

Steg 8. Förstärkning och utvidgning. Insatser är utvärderade, arbetet med ämnesområdet stöds av ledningen

Strategi: Förstärk genom att t.ex. formalisera nätverk.

Steg 9. Hög nivå av delaktighet från hela organisationen och arbetet flyter på inom ämnesområdet

Strategi: Underhåll metoden genom t.ex. finansiering och extern utvärdering.

Marknadsföring

Reklam är ett sätt att nå många konsumenterna direkt, t.ex. Apotekets reklam för nikotinläkemedel. Reklamen når ut till många men precisionen är låg, dvs. de flesta som nås av reklamen om nikotinläkemedel är icke-rökare. Läkarna når betydligt färre personer, däremot är precisionen hög, dvs. de når rökarna men inga andra (3). Om kunderna är nöjda kommer de att berätta för vänner och kollegor om produkten och dess fördelar, dvs. den aktiva spridningen kompletteras med passiv spridning. Detsamma gäller förstås nya hälsofrämjande metoder (3).

Folkhälsoarbete handlar däremot ofta om komplexa insatser, t.ex. nya metoder i skolan som involverar både elever, personal och föräldrar. Att sprida sådana komplexa program är troligen svårare än att göra reklam för exempelvis en ny produkt. Men principerna för spridning är desamma – det handlar om marknadsföring och om att synas i mängden av konkurrerande produkter och metoder (3). För att lyckas att sälja in och vidmakthålla en förändring krävs förståelse för sociala marknadsföringsstrategier (social marketing) (1). Backer m.fl. (9) har identifierat 27 faktorer för att lyckas med s.k. social marketing:

- Olika typer av medier används
- Kombinerar masskommunikation med interpersonell kommunikation
- En noggrann målgruppsanalys görs
- "Kändisar" används för att höja uppmärksamheten
- Enkla budskap repeteras
- Det positiva med beteendeförändringen fokuseras snarare än det negativa
- Närliggande belöningar lyfts framför avlägsna negativa konsekvenser
- Nyckelpersoner från medier och myndigheter engageras
- En noggrann tidsplan följs
- Formativa utvärderingsmetoder används under genomförandefasen
- Mätbara mål och delmål
- Såväl kommersiell som ickekommersiell marknadsföring används
- Det pedagogiska budskapet sätts in i ett underhållande sammanhang
- Försöker minska den potentiella konfliktrisen som finns mellan t.ex. forskare och de som formulerar budskapen, t.ex. reklambyrå
- Blundar inte för de större sociala sammanhang som påverkar de aktuella problemen
- Samordnar med aktiviteter som rådgivning, telefonlinjer mm
- En sociokulturell indelning av målgrupper görs, snarare än efter ålder och kön
- Vänder sig till personer med starkt inflytande i målgruppen
- Gör noggranna val av förebilder
- Undviker budskap med skräck och rädsla

- Kombinerar olika kampanjaktiviteter
- Använder nyhetsmedier för att öka synligheten
- Använder politiker och myndigheter för att finansiera och för att säkerställa att känsliga ämnen kan behandlas
- Påverkar de kunskapsbrister och värderingar som hindrar målgruppen från önskvärt beteende
- Bygger på de fördelar som målgruppen kan vinna
- Lyfter omedelbara och sannolika konsekvenser av ett hälsosamt beteende
- Förtestar budskapen på målgrupperna.

Vanliga misstag vid implementering

Evidens är ofta viktig att presentera endast för en mindre grupp. Framhåll istället t.ex. att metoden har likheter med redan existerande metoder, att den sparar pengar och är enkel att använda. Ett annat vanligt misstag är att bara involvera formella ledare. Kartlägg vilka de informella ledarna är som ofta tillfrågas om råd och stöd och gör dem delaktiga. Ytterligare ett misstag kan vara att de som själva tidigt anmäl sig för att börja använda metoden har låg social status bland kollegerna och att den nya metoden därför associeras till låg status (1).

Glöm inte bort att det är barnen som är i fokus när det handlar om tobaksprevention. Säkerställ barnkonventionens tillämpning; artikel 3 handlar om att barnens bästa ska komma i främsta rummet, artikel 6 om att samhället till det yttersta ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling, artikel 12 om att tillförsäkra barn rätten att uttrycka sina egna åsikter och artikel 24 om barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Artikel 33 är speciellt intressant då den handlar om att skydda barn från användning av droger.

FAS 3. Genomförande

Nästa steg handlar om faktisk förändring, d.v.s. att genomföra planen. Det kan handla om att höja kunskapsnivån, förbättra den organisatoriska kapaciteten eller förändra en rådande kultur. För att detta ska ske behövs ofta utbildning och praktisk träning, samt tid att låta metoden "mogna" (3). Stöd i form av handledning och teknisk assistans erbjuds efter behov (4). Så småningom har den nya metoden integrerats i verksamheten, såväl praktiskt som organisatoriskt, och betraktas som självklar (3).

Utvärdering, anpassning och institutionalisering

I början kan agerandet från medarbetarna vara "fyrkantigt" innan man blivit förtrogen med förhållningssätten (1). Erfarenhetsmässigt har man sett att det behövs att cirka en tredjedel av medarbetarna anammar den nya metoden och fortsätter att använda den för att implementeringsarbetet ska drivas fortsatt framåt. När så sker eller har skett kan projektledare och handledare börja minska sitt engagemang (1).

1. En formativ utvärdering inriktar sig på processen medan en summativ utvärdering summerar och inriktar sig på resultaten.

Implementeringen utvärderas och eventuella anpassningar genomförs, kanske i flera steg (3). Återkoppling av resultatet ges till alla involverade då det handlar om att lära kontinuerligt av de erfarenheter som kommer fram (4).

Till sist tas metoden för given, oavsett omorganisationer, personalomsättningar, nya elevkullar och politiska föränd-

ringar. Man brukar då betrakta metoden som institutionaliserad (3).

FAS 4. Lära och förbättra

Här handlar det slutligen om att lära sig av erfarenheterna för att förbättra framtida arbete och implementeringsprocesser.

Referenser

1. Roselius Maria (red). & Sundell Knut. (2008). *Att förändra socialt arbete*. Stockholm: Gothia förlag.
2. Folkhälsomyndigheten. (2017). *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst. En rapport om implementering av metoder inom folkhälsoområdet, version 2.0*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
3. Guldbrandsson, Karin. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst - En forskningssammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
4. Folkhälsomyndigheten. (2015). *Implementering med kvalitet*. Östersund: Folkhälsomyndigheten. Hämtat 2017-07-17 från Implementering med kvalitet
5. Meyers D, Durlak J, Wandersman A. The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *Am J Community Psychol* (2012a) 50:462–480.
6. Briner, W. Geddes, M. & Hastings, C. (1999). *Projektledaren*. Stockholm: Svenska förlaget.
7. Jarlbro Gunilla. (1999). *Hälsokommunikation - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
8. Socialstyrelsen. (2013). *Om beredskap för förändring*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat 2017-07-17 från Om enkätverket Beredskap för förändring
9. Backer, T.E., Rogers, E.M. & Sopory, P. (1992). *Designing Health communication campaigns*. Newbury Park: Sage.

Vidar Albinsson, *Psykologer mot Tobak*, 2018-05-01.

Kapitel 10 Samtal om tobak och tobaksavvänjning för unga

Målet för det tobaksförebyggande arbetet är att unga inte ska börja med tobak. Det är därför viktigt att de får stöd för fortsatt tobaksfrihet tidigt och att samtal om tobak återkommer vid upprepade tillfällen för att ge detta stöd och att eventuella debuter kan fångas upp tidigt. Många samtal sker inom ramen för skolsköterskans hälsosamtal, men korta förbyggande samtal äger också rum på andra arenor. Av de unga som börjar med tobak och utvecklar ett regelbundet bruk har de flesta en uttalad vilja att sluta. De har inte tänkt att fortsätta med sitt bruk under någon längre tid. Tillgång till tobaksavvänjning måste därför finnas för unga likaväl som för vuxna. I den senaste CAN-rapporten från 2017 om skolelevs drogvanor var det två tredjedelar som uppgav att de ville sluta röka och drygt en tredjedel som ville sluta snusa även om det framför allt sågs som ett projekt i framtiden (1). Ungdomar söker sällan personlig hjälp, utan de flesta som försöker att sluta gör det på egen hand och återfall är vanligt. Det är flera faktorer på individnivå som påverkar hur framgångsrik man är i sitt försök att sluta, bl. a. kunskapsnivå, attityder till rökning, tobaksbruk i familjen och kamratkretsen samt beredskap att sluta (2). Generella tobakspreventiva åtgärder som massmediekampanjer, prishöjningar, skolbaserade policyer /strategier och fler rökfria områden är viktigt för att reducera antalet unga som börjar röka, men även för att minska prevalensen och begränsa konsumtionen bland dem som börjat (3) samt minska risken för återfall för de som slutat. Rökavvänjning – eller kvalificerat rådgivande samtal – med ungdomar ges prioriteringen 3 i Socialstyrelsens *Nationella Riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* (2017). (4). Prioriteringen sker enligt en skala 1–10 där 1 är högsta prioritet.

Korta samtal om tobak

För att stödja fortsatt tobaksfrihet, ge de första korta råden att sluta med tobak och fånga upp eventuellt behov av tobaksavvänjning kan följande korta insatser genomföras. Dessa kan användas i ett hälsosamtal inom elevhälsan eller på ungdomsmottagningar eller av lärare, fritidspersonal, inom tandvården eller studenthälsan. Alla korta insatser för tobaksbrukande ungdomar bör innehålla information om var de kan få mera stöd.

1. *Enkla råd om tobak, eventuellt i kombination med folder/tidning (se nedan):* "Att sluta är en av de viktigaste sakerna du kan göra för att skydda din hälsa och även de som finns i din närhet". "Är du redo att sluta?", "Vilken dag skulle vara lämplig för dig?", "Vill du ha stöd?"
2. *Kort folder:* "Några tips till dig som är ung och vill sluta röka och snusa".
3. *SOTIS, Samtal om Tobak i Skolan*

SOTIS är en samtalsmodell för att underlätta samtal om tobak (rökning och snus) med elever i skolan och på ungdomsmottagningen med flera arenor. Det kan användas såväl i samband med rutinmässiga hälsosamtal som vid spontanbesök. Modellen består av strukturerade, korta och helst upprepade insatser som skräddarsys efter elevens erfarenhet av tobak. Det finns tre "spår" i SOTIS (5). [Klicka här för att läsa mer och se utbildningsfilmer i SOTIS.](#)

Tobaksavvänjning – kvalificerat rådgivande samtal

Kvalificerat rådgivande samtal/rökavvänjning är den insats som rekommenderas av Socialstyrelsen. För snusavvänjning finns inga rekommendationer från Socialstyrelsen på grund av brist på vetenskapliga studier.

Ofta börjar det med enkla råd av typen: "Jag rekommenderar dig att sluta röka när du har astma..." "Det är viktigt att du slutar röka om du ska ha p-pillar", "Det vore bra om du kunde sluta röka i och med att du har problem med oro och deppighet." (se punkt 1 ovan)

Metoder och material

De metoder/material som finns tillgängliga i Sverige idag bygger på de kunskapsbaserade metoder som hittills visat på positiva tendenser. Tobaksavvänjning är ett strukturerat teoribaserat arbetssätt för de som ska vägleda enskilda som bestämt sig för att sluta med tobak. En modell finns med flera träffar och insatsen kan göras både individuellt och i grupp.

En sådan modell innehåller följande delar:

- a. Motivation, fakta om tobak och beslut om stoppda
- b. Förberedelser, diskutera vanorna och planera stoppe
- c. Aktiv stoppfas, arbeta med strategier i olika situationer, abstinens och problemlösning. Arbeta med olika tankefällor och hur svåra situationer kan hanteras
- d. Återfallsprevention – att förbli tobaksfri, långsiktiga strategier. Hur man kan tänka vid bakslag och återfall.
- e. Uppföljning, fortsatt stöd och motivation.

Arbetet läggs upp med regelbundna träffar antingen enskilt eller i grupp. Vid ett upplägg i grupp klargörs tydliga ramar och målsättning för träffarna. Träffarna innehåller erfarenhetsutbyte, diskussioner och ny information. Uppgifter kan erbjudas deltagarna till nästa träff. Inspiration till innehåll i träffarna och till uppgifter kan hämtas från det material som används, se nedan under punkt 1 och 2.

Det material som kan rekommenderas i denna mer fördjupade insats är:

- *Fimpa Nu! Bli rök och snusfri.*

En självhjälpstidning för ungdomar som innehåller både en motiverande del och ett avsnitt med avvänjningsråd. Till tidningen finns en handledning. Producerat av Folkhälsomyndigheten, kan laddas ner från psykologermottobak.org.

- Appen Fimpaaa från umo.se

Fimpaaa! är en app från UMO som motiverar, ger konkreta tips och hjälper unga att sluta röka. Inledningsvis svarar ungdomen på frågor om rökvanorna och skapar på så sätt sin egen profil. Via appen får man sedan personliga meddelanden och tips för att klara röksuget. Appen innehåller också övningar vid röksug, en räknare som visar hur länge man har varit rökfri, filmer och möjlighet att ladda upp egna klipp, tips på belöningar och en räknare på sparade pengar med mera. Appen kan kombineras med aktivt personligt stöd och träffar. Den laddas ned gratis i AppStore/Google Play.

Kunskapsläget om tobaksavvänjning för unga

Den samlade kunskapen när det gäller rökavvänjning för ungdomar visar att det finns en osäkerhet vad gäller metoder och deras effektivitet i motsats till förhållandet när det gäller rökavvänjning för vuxna där kunskapsläget är mycket gott och rekommendationerna väl förankrade i forskningen. Det finns forskare (6) som menar att metoder för vuxna även kan användas för ungdomar medan andra pekar på att skillnaden är stor vad gäller rökmönster, livsstil och attityder till hjälp och vägledning. Beroendet till nikotin utvecklas snabbt (7) vilket medför att det kan vara svårt att sluta redan efter en kort tid av rökande. Metoder för rökavvänjning rekommenderas generellt även när det gäller snusavvänjning.

Enligt den senaste sammanställningen (8) av olika typer av interventioner för att hjälpa unga att sluta röka ingick 41 studier av blandad kvalitet med 13 000 deltagare. De mest lovande programmen är de som tar hänsyn till motivationshöjande åtgärder, beredskap att sluta i kombination med stöd till beteendeförändring. Program med flera komponenter är att föredra och insatser i grupp har något bättre resultat jämfört med individuell hjälp. Positiva resultat kan även metoder ge som bygger på textmeddelanden (SMS) samt applikationer i mobiltelefonen (9, 10, 11, 12). Dessa metoder har en potential att nå en bredare grupp och är användarvänliga, kostnadseffektiva och lättillgängliga. De används med fördel i kombination med rådgivning (2). I Sverige finns UMO:s app *Fimpaaa!*

Definition av rökfrihet

I de studier som finns har man använt olika definitioner på rökfrihet vilket utgör en svårighet när det gäller att jämföra hur effektiva metoderna är. Några har använt punktprevalens dvs om personen är rökfri vid mättillfället, andra har använt upp till sex månaders kontinuerlig rökfrihet efter

rökstoppet för att räknas som rökfri. Eftersom tobaksbruk bland ungdomar ofta har en episodisk karaktär är det viktigt att man använder ett mått som visar en förändring över en längre tidsperiod.

Läkemedel och hjälpmedel vid avvänjning

Det finns ett fåtal studier när det gäller läkemedel för rökavvänjning till ungdomar, och dessa har inte visat några signifikanta resultat. Läkemedel kan därför ej rekommenderas vid rökavvänjning för ungdomar. Rekommendationen är alltså i första hand att stimulera till rökstopp utan läkemedel. Kvalificerat rådgivande samtal (rökavvänjning) med tillägg av nikotinläkemedel ges prioriteringen 5 i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer. Guidelines från några länder (13) uppmanar till användning av nikotinläkemedel för ungdomar som är regelbundna rökare men inte för tillfällighetsbrukare. Nikotintuggummi och nikotinplåster är det som rekommenderas i dessa fall. Om nikotinläkemedel övervägs för att en enskild elev visar abstinenssymtom vid rökavvänjning blir receptföreskrivning blir nödvändig på grund av 18-årsgränsen för inköp. Det finns inga rekommendationer överhuvudtaget om användning av de receptbelagda läkemedlen bupropion eller vareniklin. För snusavvänjning saknas ännu så länge tydligt vetenskapligt stöd för användning av läkemedel överhuvudtaget, även till vuxna. E-cigarett rekommenderas ej som rökavvänjningshjälp. Unga bör i stället varnas för dessa produkters skadliga inverkan (2).

Aktörer

Stöd till ungdomar som vill sluta ges idag av elevhälsan, ungdomsmottagningar, studenthälsan och tandvården, men det varierar mellan länen hur tillgången ser ut. Erfarenhetsmässigt söker få ungdomar hjälp med att sluta hos primärvårdens tobaksavvänjare även om det alternativet också bör stå öppet för ungdomar likaväl som vuxna. Därutöver finns Sluta-Röka-linjen och UMO:s app *Fimpaaa!*

Sammanfattning

Trots den ovan beskrivna situationen när det gäller kunskapsläget kan och bör hälso- och sjukvårdspersonal och andra vuxna som arbetar med unga stödjande ungdomar att sluta med cigaretter och snus, marknadsföra app:ar och annat material och informera om var stöd finns. Insatsen är viktig och den kunskap som finns om tobaksavvänjning med vuxna kan användas för denna vägledning. Fortsatt forskning för vidare metodutveckling är dock angeläget (14).

Styrdokument

För vägledning när det gäller betydelsen av att erbjuda ungdomar hjälp med att sluta med tobak kan man ta hjälp av följande konventioner och riktlinjer.

Tobakskonventionen

Artikel 14 i tobakskonventionen (15) uppmanar alla länder att utveckla och sprida evidensbaserade program för att

främja tobaksavvänjning och adekvat behandling mot tobaksberoende. Alla ska erbjudas lättillgänglig hjälp att sluta med tobak. Riktlinjerna till artikeln betonar att resurserna för tobaksavvänjning skall vara omfattande och att faktorer som bland annat kön, kultur, ålder och socioekonomisk status ska vägas in för att göra strategierna för tobaksavvänjning så breda som möjligt.

Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Socialstyrelsen rekommenderar i Nationella Riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (4) kvalificerat rådgivande samtal (rökavvänjning) till ungdomar under 18 år, det vill säga samma åtgärd som till rökande vuxna. Man bedömer även att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärden ska därför ges hög prioritet (prioritet 3). Tillägg av nikotinläkemedel har fått prioritet 5. Det finns inga rekommendationer gällande andra läkemedel för rökavvänjning eller om rådgivning om snusning för ungdomar, på grund av brist på vetenskapliga studier.

Barnkonventionen

Enligt barnkonventionen (16) har barn rätt till information och stöd för uppfyllelse av rätten till bästa uppnåeliga hälsa (art 17 och 24) som ska vara anpassad till barnets mognad och särskilda behov (art 17).

ANDT - strategin

I regeringens ANDT - strategi (17) finns ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv och man menar även att insatser för att skydda barn och unga mot eget och andras skadliga tobaksbruk utgör grunden för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. ANDT- strategin lyfter fram fortsatt utveckling och genomförande av insatser för tidig uppmärksamhet och intervention. Tobaksavvänjning för unga är angeläget och en prioriterad insats. Man understryker även att en välfungerande samverkan mellan huvudmännen är avgörande för samordnade vård- och stödinsatser. I vårdkedjan behövs såväl preventiva insatser som individuella vård och behandlingsinsatser. Ansvaret för att det blir en helhet förutsätter att det finns en samordning mellan aktörerna. En viktig åtgärd är att se till att samordnaren för det drogförebyggande arbetet i kommunen, samt elevhälsan och ungdomsmottagningarna, får ett formellt uppdrag att arbeta med tobaksavvänjning. Samverkan kring tobaksavvänjning mellan skolan och hälso- och sjukvården behöver utvecklas och förtydligas. Det är viktigt att marknadsföring av metoderna når alla – även tobaksfria kamrater, föräldrar och andra som kan hänvisa och stödja den som använder tobak.

Material och läroböcker

1. *Några tips till dig som är ung och vill sluta röka och snusa.* Psykologer mot Tobak 2017. Finns att ladda ned på www.psykologermottobak.org
2. *SOTIS, Samtal om Tobak I Skolan.* SOTIS-manualen är framtagen av Stockholms läns landsting i samarbete med Folkhälsoenheten i Uppsala med stöd av Folkhälsomyndigheten (dåvarande Statens folkhälsoinstitut) 2010. Till manualen finns fem utbildningsfilmer för fri användning på www.psykologermottobak.org
3. *Samtal om tobak och avvänjning för unga.* Psykologer mot Tobak i samarbete med Sjuksköterskor mot Tobak 2017. Finns att beställa och även att ladda ner på www.psykologermottobak.org
4. *Fimpa Nu! Bli rök och snusfri.* Statens folkhälsoinstitut 2010. Finns att ladda ned på www.psykologermottobak.org
5. Appen *Fimpaaa!* från umo.se, ungdomsmottagningarnas webbplats.
6. Holm Ivarsson B, Hjalmarson A & Pantzar M. (2012). *Stödja patienter att sluta röka och snusa.* Studentlitteratur.
7. Holm Ivarsson B. (3 uppl 2016) *MI motiverande samtal. Praktisk handbok för skolan.* Gothia Fortbildning.
8. Material på främmande språk finns på psykologermottobak.org.

Referenser

1. *Skolelevers drogvanor 2017*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm 2017.
2. Harvey J, Chadi N. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. *Paediatr Child Health* 2016 May;21(4):201-8.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: 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, 2012.
4. *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
5. Galanti MR, Post A, Jansson C. SOTIS: samtal om tobak i Skolan: ett verktyg för att nå tonåringar där de befinner sig. *Solna: Karolinska institutets folkhälsoakademi*; 2010:13. www.folkhalsoguiden.se/Projekt.
6. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Health Education Authority Thorax* 1998; 53 (Suppl 5(1)):S1-19.
7. Di Franza JR, Richmond JB, Let the children be heard. *Paediatrics* 2008; 121 (3):623-4
8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI:10. 1002/14651858.CD003289.pub5.
9. Buller D, Borland R, Bettinghaus E, Shane J, and Zimmerman D. Randomized Trial of a Smartphone Mobile Application Compared to Text Messaging to Support Smoking Cessation. *Telemedicine and e-health*, March 2014. DOI : 10.1089/tmj.2013.0169
10. Kolbye B, Nerding Ravn J, Dengsøe Jensen P. Digitale medier og rygestop Xhale.dk – erfaringer og effekt. *Kræftens Bekæmpelse*. København
11. Müssener U, Bendtsen M, Karlsson N, White I.R, McCambridge J, Bendtsen P. Effectiveness of ShortMessage Service Text-Based Smoking Cessation Intervention Among University Students. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(3):321-328. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8260 Published online February 22, 2016.
12. Skov-Ettrup L.S, Ringgaard L.W, Dalum P, Flensborg-Madsen T, Thygesen L. C. & Tolstrup J. S. Comparing tailored and untailored text messages for smoking cessation: a randomized controlled trial among adolescent and young adult smokers. [Health Educ Res](http://www.healtheducres.com). 2014 Apr;29(2):195-205. doi: 10.1093/her/cyt112. Epub 2014 Jan 7.
13. *Youth Tobacco Cessation. A Guide for Making Informed Decisions*. U.S. Department of Health and Human Services. 2004. <http://www.cdc.gov/tobacco>
14. Pbert L, Farber H, Horn K et al. State-of-the-Art Office-Based Interventions to Eliminate YouthTobacco Use: The Past Decade. *Pediatrics* 2015;135(4):734-47.
15. Tobakskonventionen ...från individens livsstil till samhällets ansvar... Tobaksfakta - oberoende tankesmedja 2017.
16. FN:s konvention om barnets rättigheter. FN:s generalförsamling 1989.
17. En samlad strategi för alkohol, narkotika, dopnings och tobakspolitiken 2016 – 2020 Skr. 2015/16:86. Regeringen.

Margareta Pantzar, *Psykologer mot Tobak*, 2018-05-01.