

DIREKTORATET FOR STRÅLEVERN OG  
ATOMSIKKERHET  
Postboks 329 Skøyen  
0213 OSLO

Vår ref:  
25/16946-3  
Oppgis ved all henvendelse

Deres ref:

Saksbeh.:  
Morten Tandberg Eriksen

Dato:  
04.08.2025

## Høringsinnspill fra Oslo Universitetssykehus til forslag om strengere regulering av solarier for å redusere forekomsten av hudkreft

Det vises til høringsbrev av 30.4.2025 publisert på Helse- og omsorgsdepartementets nettside. Oslo universitetssykehus HF (OUS) vil med dette gi innspill til forslagene om endring i lov og forskrift.

Fagpersoner fra et tverrfaglig fagmiljø ved OUS – inkludert onkologer, dermatologer, arbeidsmedisinere og fotobiologer – har vurdert høringsnotatet, som vi vurderer som gjennomgående grundig og godt begrunnet. Vi gir vår fulle støtte til forslaget om strengere regulering av solarier, og anser det som svært viktig at de foreslåtte endringer i lov og forskrift nå implementeres som et ledd i den nasjonale UV- og hudkreftstrategien.

I tillegg til de faglige momenter fra høringsnotater vi vil vektlegge at Norge har Europas høyeste forekomst av melanom (1), med insidensrater som er over 2,5 ganger høyere enn det europeiske gjennomsnittet. Globalt ligger Norge på andreplass i dødelighet av melanom etter New Zealand (2). Både melanom og plateepitelkarsinom i hud (SCC) er blant de kreftformene som har økt raskest i Norge, spesielt etter år 2000 (3).

### Solariumsbruk og hudkreft – dokumentert risiko

Forskning viser at bruk av solarium øker risikoen for melanom betydelig, særlig når bruken starter i ung alder. En prospektiv kohortstudie fant at oppstart av solarium-bruk før fylte 30 år var assosiert med høyere risiko for melanom, og at sykdommen oppsto tidlig (Ghiasvand et al., 2017).

Tilsvarende rapporterte en kasus-kontrollstudie at bruk av solarium i ungdomsårene og tidlig voksen alder økte risikoen for tidlig debut av melanom, med en sterkere sammenheng for bruk før 30-årsalderen (Cust et al., 2011). En metaanalyse bekreftet disse funnene og viste at første gangs bruk av solarium før fylte 35 år var assosiert med en 87 % økt risiko for melanom (Boniol et al., 2012). Risikoen øker også med økt bruk, noe som demonstrerer en dose-respons-sammenheng (Ghiasvand et al., 2017; Cust et al., 2011; Boniol et al., 2012).

Solarium øker også risikoen for plateepitelkarsinom. En svensk studie fant en doseavhengig sammenheng mellom solariumsbruk og utvikling av SCC (Christensen et al., 2019). En norsk-svensk kohortstudie fant at solariumsbruk i alderen 40–49 år var assosiert med økt risiko (Veierød et al., 2014), og en norsk studie bekreftet forhøyet risiko både ved langvarig bruk og tidlig oppstart (Lergemuller et al., 2019).

Funnene gir et klart vitenskapelig grunnlag for å forby solariumsbruk blant unge og innføre strengere regulering av solariumsnæringen..

### **Klinisk belastning og systemkostnader**

Ved OUS ser vi daglig pasienter som rammes av hudkreft. Mange må gjennomgå gjentatte kirurgiske inngrep, strålebehandling og/eller systemisk kreftbehandling, noe som medfører høy grad av sykkelighet, smerter, endret utseende og redusert livskvalitet og endog død av sykdommen. Hudkreft rammer ikke bare eldre – vi ser økende tall også blant yngre voksne. Ventetidene for hudlegevurdering er lange, og noen pasienter får ikke behandling tidlig nok. Dette er en betydelig belastning for både pasientene og helsevesenet. Melanom, den dødeligste formen for hudkreft, krever ved utbredt sykdom langvarig systemisk behandling, og innebærer dermed også betydelig ressursbruk innen onkologiske fagmiljøer. Innføring av kostbar behandling som immunterapi gjør at utgiftene til hudkreft ventes å øke med den økende forekomsten som vi fortsatt ser.

### **Utilstrekkelige virkemidler – behov for strengere regulering**

Solariumsbruk er fortsatt lovlig og lett tilgjengelig – 365 dager i året, fra morgen til kveld. Mange solarier er ubemannede, uten tilstrekkelig informasjon eller kontroll. Reklame og påvirkning skjer gjennom sosiale medier og påvirkere, og dagens regulering er ikke tilstrekkelig til å beskytte unge. Men utfordringene stopper ikke der. Det finnes fortsatt ikke et effektivt reklameforbud. Unge eksponeres for budskap som normaliserer og fremmer bruken av denne høyrisikotjenesten – selv om International Agency for Research on Cancer (IARC) har klassifisert solarium som sikkert kreftfremkallende, i samme kategori som tobakk og asbest. Verdens Helseorganisasjon har også anbefalt forbud mot både bruk av solarium og reklame for solarium.

Regelverk for solariumsreklame og -bruk varierer betydelig mellom europeiske land. Noen har innført delvis eller totale forbud mot reklame, samt restriksjoner for visse grupper, som mindreårige (Mathes et al., 2023; Calzavara-Pinton et al., 2019). Likevel er disse reguleringene ofte utilstrekkelige eller blir ignorert (Calzavara-Pinton et al., 2019). Den europeiske kreftligaens organisasjon (Association of European Cancer Leagues) har undersøkt tiltak fra nasjonale kreftforeninger for å begrense solariumsbruk og dele erfaringer med tanke på mulige EU-initiativ (Yared et al., 2019). Ekspertene etterlyser strengere regulering, økt bevissthet i befolkningen og harmonisering av regelverk på tvers av Europa for bedre å beskytte offentligheten mot hudkreftrisiko knyttet til solariumsbruk (Mathes et al., 2023; Calzavara-Pinton et al., 2019).

Studier tyder på at forbud mot kommersiell solariumsvirksomhet kan redusere bruken og potensielt føre til lavere forekomst av hudkreft. Etter at Australia innførte et slikt forbud, falt antallet solariumsreklamer betydelig, og prisene økte. Forbudet forventes å forebygge en rekke



melanomer og keratinocyt-kreftformer, med besparelser i helsekostnader og økt nærvær i arbeidslivet som resultat (Gordon et al., 2020).

### **Solarium ≠ medisinsk fototerapi**

Det er viktig å skille mellom kosmetisk bruk av solarium og medisinsk lysbehandling (fototerapi) med UVB/UVA. Begge innebærer UV-stråling, men har vesentlige forskjeller med hensyn til formål, dosering, tilsyn, krav til opplæring og risiko (Se tabell nedenfor):

| Kategori                    | Solarium                                                            | Medisinsk fototerapi (UVB/TL-01/UVA)                                                                                                                   |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Formål</b>               | Kosmetisk brunfarge                                                 | Behandling av hudsykdom (psoriasis, atopisk eksem, vitiligo m.fl.)                                                                                     |
| <b>Strålingstype</b>        | Høy andel UVA, noe UVB – ofte varierende og lite kontrollert        | Smalspektret UVB (TL-01) eller UVA – nøyaktig dosert og medisinsk tilpasset                                                                            |
| <b>Dosekontroll</b>         | Ingen individuell tilpasning, ofte høy kumulativ eksponering        | Nøyte dosering basert på diagnose, hudtype og respons                                                                                                  |
| <b>Tilsyn og oppfølging</b> | Ingen medisinsk vurdering eller journalføring                       | Utføres av helsepersonell, under medisinsk tilsyn og dokumentert i journal                                                                             |
| <b>Opplæring</b>            | Intern opplæring kreves, men uten medisinsk kompetanse              | Helsefaglig utdanning og klinisk erfaring er påkrevd                                                                                                   |
| <b>Betjening</b>            | Selvbetjent eller betjent av ikke-helsefaglig personell             | Betjenes av lege eller sykepleier med relevant utdanning og opplæring                                                                                  |
| <b>Risikovurdering</b>      | Ingen vurdering av hudtype, legemiddelbruk eller kontraindikasjoner | Individuell vurdering før oppstart, inkl. sykdommer og legemidler                                                                                      |
| <b>Regulering</b>           | Begrenset kontroll – stort sett overlatt til aktørens etterlevelse  | Del av spesialisthelsetjenesten – underlagt helsemyndigheter og rutiner                                                                                |
| <b>Kreftfare</b>            | IARC: Kreftfremkallende for mennesker (gruppe 1)                    | Potensiell risiko ved høy kumulativ dose, men forsvarlig brukt under tilsyn<br><br>Pasienter hvor det kan være forhøyet risiko, følges opp individuelt |

Kosmetisk bruk av solarium og medisinsk lysbehandling er derfor to fundamentalt ulike praksiser. Å sidestille dem eller bruke medisinsk fototerapi som argument for å legitimere solariumsbruk er misvisende slik vi ser det. Solarium innebærer helserisiko uten medisinsk gevinst, mens fototerapi er en evidensbasert og kontrollert behandling med tydelig dokumentert nytte for aktuelle pasientgrupper.



**Vedrørende forslag til endringer i lov:****Forslagene om endringer i strålevernloven (Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling):****OUS støtter forslagene om:**

- Reklameforbud (§ 8a) i det vi vurderer at dagens regelverk ikke gir tilstrekkelig beskyttelse av barn og unge. Direkte og indirekte markedsføring for solarier skjer i økende grad gjennom sosiale medier og influensere, og vi oppfordrer myndighetene til å ha særlig oppmerksomhet på denne utviklingen. Endringer i strålevernlovens § 19 og § 22: Vi viser til høringsnotatet og momentene ovenfor: solarium representerer en vesentlig helsefare. § 19 bør derfor også kunne brukes til å stanse solarievirksomheter som bryter andre bestemmelser enn dem om alderskontroll eller om det kommer nye opplysninger som peker på høyere risiko eller at myndighetene endrer håndteringen av denne risikoen. Vi er derimot i tvil om denne bestemmelsen kan brukes til å innføre totalforbud slik det er gjort i andre land, ikke fordi OUS på noen måte ser det som gunstig for folkehelsen å bruke solarium, men fordi et forbud ikke nødvendigvis fører til eliminering av solariebruk.

**Vedrørende forslag til endringer i solarieforskriften (forskrift av 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling):****Av de to alternative utformingene av § 37, foretrekker OUS denne formuleringen:**

*§ 37 Alderskontroll, betjeningskrav og kompetanse Det er forbudt for virksomheter å tilby solarier til kosmetisk formål ved salg, utleie eller bruk til personer under 18 år. Virksomheter som tilbyr solarier til kosmetisk formål, skal til enhver tid være betjent av personell over 18 år. Virksomheten skal sørge for at personellet og ansvarlig for daglig drift av solarier har bestått en kunnskapsprøve etter retningslinjer gitt av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. Bestått prøve har en gyldighet på fem år.*

Begrunnelsen er at vi mener det er en reell risiko for at elektronisk alderskontroll kan omgås eller misbrukes. Når kunder møtes av betjening, kan dette bidra til mer enn alderskontroll – det gir også en viktig mulighet for å informere om hudkreftisiko, sikre riktig bruk og hygiene, og oppdage teknisk svikt. Dette styrker tryggheten for brukerne og kvaliteten på tjenesten. Det er viktig å understreke at denne typen bemanning og kontroll er standard i helsetjenestens bruk av UV-stråling (se avsnittet over om forskjellen på solarium og medisinsk fototerapi), og bør også være det ved bruk av solarium.

Vi anbefaler videre:

- At kunnskapsprøven gjøres betydelig mer omfattende. Det er naturlig for oss å vise til de kravene som stilles til bruk av medisinsk fototerapi, altså UVB- og UVA-stråling brukt til behandling av hudsykdommer og all annen medisinsk bruk av sterke strålekilder. I helsevesenet er det krav om helsefaglig utdanning og strukturert opplæring i vurdering av indikasjoner, kontraindikasjoner, risikovurdering og sikker bruk. Når bruk av UV-stråling i solarium innebærer en biologisk eksponering med kjent kreftrisiko, bør kravene til



Vår dato  
04.08.2025

Vår referanse  
25/16946-3

opplæring reflektere dette. Kunnskapsprøven bør derfor også inkludere elementer innen risikokommunikasjon – hvordan man formidler risiko til ulike brukere på en forståelig og ansvarlig måte – i tillegg til forståelse av UV-strålingens helseeffekter, risikogrupper, klassifisering fra IARC og relevant klientsikkerhet.

- At markedsføring, informasjonsskilt og nettsider reguleres strengt for å unngå reklameeffekt
- At § 19 også kan brukes til å stanse virksomhet som bryter nye krav, eller dersom risikobildet endres

**Vi er enige i forslagene til § 38 annet ledd ved betjeningskrav og ny § 38 a.**

**Når det gjelder forslagen til ny § 38 b, har vi forslag til noen presiseringer som er skrevet med utheving under:**

§ 38 b Unntak fra forbudet mot reklame for solarier i den utstrekning et forhold vil rammes av reklameforbudet i strålevernloven § 8 a gjøres følgende unntak: 1. **Teknisk beskrivelse** fra produsent eller forhandler til kjøper eller leietaker som ledd i ordinær omsetning. 2. Skilt i nøytral utforming som kun har opplysningsfunksjon i umiddelbar tilknytning til solarievirksomhet.

**(setningen foran reformuleres så den blir mer presis: Nøytral og opplysningsfunksjon er ikke definert. Vi foreslår: Skilt med firmaets navn som fungerer som veiviser til virksomheten)**

Unntaket omfatter ikke lysreklame eller bevegelige skilt. 3. På solarievirksomhetenes egne hjemmesider og i lokalene til solarievirksomheter: nøktern informasjon om adresse, åpningstider, pris og betalingsløsning.

Begrunnelsen for å stryke siste setning er at personalet kan og skal gi den informasjonen.

OUS støtter forslagene om tilsynsavgift og overtredelsesgebyr.

### Avslutning

Det finnes solid dokumentasjon for at solariumsbruk øker risikoen for hudkreft betydelig. Helsekonsekvensene er alvorlige og økende, både for enkeltpersoner og samfunn. Dagens regelverk har ikke vært tilstrekkelig og vi støtter forslagene om strengere regulering av solarier for å redusere forekomsten av hudkreft og ytterligere med de innspill som framkommer i notatet.

Med hilsen

Sigbjørn Smeland  
Klinikkleder, Kreftklinikken

Kjetil Taskén  
Instituttleder, Institutt for kreftforskning

Astrid H. Lossius  
Seksjonsleder, Seksjon for hudsykdommer

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur*



**Referanser:**

1. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). *EU Country Cancer Profile 2025: Norway*. OECD; 2025.  
[[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-norway-2025\\_68d3f2ee/bf26204a-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-norway-2025_68d3f2ee/bf26204a-en.pdf)]
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229–63.
3. Cancer Registry of Norway – National Institute of Public Health. *Cancer in Norway 2024*. [<https://www.fhi.no/publ/2025/cancer-in-norway-2024>]
4. Ghiasvand R et al. (2017). *Indoor Tanning and Melanoma Risk: Long-Term Evidence From a Prospective Population-Based Cohort Study*. *American Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1093/aje/kww148>
5. Cust AE et al. (2011). *Sunbed use during adolescence and early adulthood is associated with increased risk of early-onset melanoma*. *International Journal of Cancer*. <https://doi.org/10.1002/ijc.25576>
6. Boniol M et al. (2012). *Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4757>
7. Christensen G et al. (2019). *Sunbed Use Increases Cutaneous Squamous Cell Carcinoma Risk in Women*. *Acta Dermato-Venereologica*. <https://doi.org/10.2340/00015555-3198>
8. Veierød MB et al. (2014). *Host characteristics, sun exposure, indoor tanning and risk of squamous cell carcinoma of the skin*. *International Journal of Cancer*. <https://doi.org/10.1002/ijc.28657>
9. Lergemuller S et al. (2019). *Association of Lifetime Indoor Tanning and Subsequent Risk of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma*. *JAMA Dermatology*. DOI: [10.1001/jamadermatol.2019.2681](https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.2681)
10. Mathes S et al. (2023). *Global Tanning Bed Advertising: A Comparison of Legal Regulations on Three Continents*. *Cancers*. DOI: [10.3390/cancers15174362](https://doi.org/10.3390/cancers15174362)
- Calzavara-Pinton P et al. (2019). *Sunbeds and carcinogenesis: the need for new regulations and restrictions in Europe from the Euromelanoma perspective*. *JEADV*. <https://doi.org/10.1111/jdv.15314>
11. Suppa M et al. (2019). *Prevalence and determinants of sunbed use in thirty European countries*. *JEADV*. <https://doi.org/10.1111/jdv.15311>
12. Yared W et al. (2019). *Cancer league actions against sunbed use for skin cancer prevention*. *JEADV*. <https://doi.org/10.1111/jdv.15319>
13. Gordon LG et al. (2020). *Consequences of banning commercial solarium in 2016 in Australia*. *Health Policy*. 2020 Jun;124(6):665-670. doi: [10.1016/j.healthpol.2020.04.010](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.010)
14. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, red. *Ultraviolet Therapy*. In: *Dermatology*. 5th ed. Vol 2. Elsevier; 2024
15. Oslo universitetssykehus HF. Lysbehandling. eHåndbok. [Internet]. Tilgjengelig fra: eHåndbok – Lysbehandling. [eHåndbok - Lysbehandling](https://www.oslo-universitetssykehus.no/eHåndbok-Lysbehandling)

