

Til beslutningsforslag nr. B 166. Betænkning afgivet af kommunaludvalget den 20. maj 1986

Betænkning

over

Forslag til folketingsbeslutning om sikring af røgfri miljøer

[af Aase Olesen (RV) m.fl.]

Udvalget har behandlet beslutningsforslaget i nogle møder og herunder skriftligt stillet spørgsmål til indenrigsministeren.

Udvalget har endvidere modtaget skriftlig henvendelse fra Kræftens Bekæmpelse.

Nogle af udvalgets spørgsmål er optrykt som bilag til betænkningen tillige med indenrigsministerens svar herpå. Endvidere er som bilag optrykt en henvendelse til udvalget samt et uddrag af en rapport, som har været omdelt til udvalget.

Herefter indstiller et *flertal* (socialdemokratiets, socialistisk folkepartis og det radikale venstres medlemmer af udvalget) forslaget til *vedtagelse uændret*.

Flertallet udtaler, at det er ønskeligt, at oplysningen om skadelige stoffer ledsages af oplysninger om stoffets fulde navn, da et nummer alene ikke vil have samme afskrækkende virkning. Samtidig bør pakningens tekstoplysning om skadevirkningen varieres og helst ledsages af illustrerende tegninger, jfr. det i bilag 1 optrykte svar på spørgsmål 8.

Flertallet er endvidere enig om, at oprettelse af et tobaksskaderåd må forudsætte selvstændig bevilling til rådet.

Et *mindretal* (det konservative folkepartis, venstres, kristeligt folkepartis og de frie demokraters medlemmer af udvalget) indstiller forslaget til *forkastelse* ved 2. (sidste) behandling.

Mindretallet er enig i behovet for en indsats mod tobaksrygning, herunder for at værne mod passiv rygning. Mindretallet finder imidlertid, at man når længst ad oplysningens og frivillighedens vej. Mindretallet kan hermed henvide til, at indenrigsministeren under 1. behandling af beslutningsforslaget har tilkendegivet, at der med dette sigte vil blive rettet henvendelse til de øvrige ministerier og de kommunale organisationer.

Mindretallet finder det endvidere utilfredsstillende, at man ikke afventer en udtalelse fra de kommunale organisationer samt arbejdsmarkedets parter om beslutningsforslaget, som er meget lidt konkret i sit indhold.

Mindretallet finder det endelig uhensigtsmæssigt, at der skal oprettes et selvstændigt tobaksskaderåd. Det er opfattelsen, at opgaven bedre kan varetages af forebyggelsesrådet, der har generel erfaring med tilsvarende opgaver, og som vil blive ressourcemæssigt styrket med henblik på tobaksopgaverne.

Karen Højte Jensen (KF) nfm. Flemming Jensen (KF) Lizzie Lichtenberg (KF)

Lis Aaltonen (KF) Svend Heiselberg (V) Niels Anker Kofoed (V) Maisted (FD)

Steffensen (KrF) Hanne Andersen (S) Dorte Bennedsen (S) Tove Lindbo Larsen (S)

Lerke (S) Henning Rasmussen (S) fmd. Taanquist (S) Agerschou (SF)

Tommy Dinesen (SF) Ole Vig Jensen (RV)

Partierne CD, VS og FP havde ikke medlemmer i udvalget.

Bilag 1

Nogle af udvalgets spørgsmål og indenrigsministerens svar herpå

Spørgsmål 3:

Udvalget udbeder sig en opgørelse over antallet af tobaksrelaterede sygdomme, opgjort på mænd og kvinder samt på sygdommens art.

Svar:

Indenrigsministeriet har i anledning af spørgsmålet indhentet følgende udtalelse fra sundhedsstyrelsen, som indenrigsministeriet kan henholde sig til:

»En systematisk videnskabelig opgørelse af forekomsten af tobaksrelaterede sygdomme i Danmark foreligger ikke. Besvarelsen af spørgsmålet må således basere sig på international videnskabelig litteratur, således som den bl.a. er gennemgået og refereret i: »Smoking and Health« – »Report of the Surgeon general«, US Department of Health, Education and Welfare, 1979, samt danske og udenlandske videnskabelige artikler.

Begrebet tobaksrelaterede sygdomme omfatter dels *kræftsygdomme* (cancerlidelser) og dels *kroniske – evt. invaliderende – lungelidelser*.

*A. Tobaksrelaterede kræftsygdomme**I. Lungekræft*

- a) Cigaretrykning er årsagsmæssigt forbundet med lungekræft hos både mænd og kvinder.
- b) Risikoen for at udvikle lungekræft øges i takt med stigende cigaretrykning, dvs.: antallet af cigaretter, som ryges pr. dag, længden af den periode, hvori der har været røget, alderen, hvor tobaksrykning påbegyndes, omfang af inhalation, tjære- og nikotinindhold af de cigaretter, der ryges, o.a.
- c) Dødeligheden af lungecancer hos kvinder stiger hurtigere end hos mænd. Hvis udviklingen fortsætter, vil lungekræft være

den førende dødsårsag for kvinder i 1980'erne (USA, 1979).

I Danmark har den samlede lungekræftsygelighed været stærkt stigende siden 1943. For mænd synes *stigningen* siden begyndelsen af 1970'erne at have været aftagende, mens der for kvinder ses en fortsat stærk stigning i lungekræftforekomsten (Anne Prener og Ole Møller-Jensen, cancerregisteret, København). Ifølge WHO's publikation »Mortality in the European region« har stigningen i lungecancerforekomst hos kvinder fra perioden 1955–59 til perioden 1975–79 været på 11 pct. Denne stigning er den største registrerede i Europa.

- d) Pibe- og cigarrygere har større dødelighed af lungekræft end ikke-rygere, men deres risiko for at udvikle sygdommen er mindre end cigaretrygeres.

II. Strubekræft (Larynx-cancer)

Cigaretrykning er årsagsmæssigt relateret til udviklingen af strubekræft hos både mænd og kvinder. Risikoen for at udvikle denne kræftform er bl.a. ligefremt proportional med rygningens omfang, varighed m.v. Pibe- og cigarrygere har næsten samme risiko for at udvikle strubekræft som cigaretrygere.

III. Mundhulekræft

Epidemiologiske studier tyder på, at tobaksrykning er en betydende årsagsfaktor for udvikling af mundhulekræft. Risikoen for at udvikle denne kræftform stiger med det antal cigaretter, som ryges pr. dag.

Pibe- og cigarrygere har næsten samme risiko for at udvikle mundhulekræft som cigaretrygere.

IV. Kræft i spiserøret

- a) Cigaretrykning er en betydende årsagsfaktor for udvikling af kræft i spiserøret. Ri-

sikoen for at udvikle denne kræftform stiger med den mængde, som ryges.

- b) Risikoen for at udvikle kræft i spiserøret hos pibe- og cigarrygere er næsten den samme som hos cigaretrygere.

V. Kræft i urinblæren

Epidemiologiske studier har vist en signifikant sammenhæng mellem cigaretrykning og kræft i urinblæren hos både mænd og kvinder.

VI. Kræft i nyrerne

Cigaretrykning er forbundet med nyrekræft hos mænd. For kvinder er forholdene for denne kræftform ikke afklaret.

VII. Kræft i bugspytkirtlen

Cigaretrykning kan relateres til kræft i bugspytkirtlen. Adskillige epidemiologiske studier har påpeget en dosisafhængighed.

Det fremgår af den i fotokopi vedlagte tabel*), der vedrører mortalitetsrater for cigaretrygere (både mænd og kvinder – bilag 4), at risikoen for at dø af de ovenfor omtalte cancersygdomme som følge af cigaretrykning øges med en faktor 2–15 ved sammenligning med en tilsvarende ikke-rygende befolkning.

B. Kroniske lungelidelser

- a) Kronisk bronkitis og emfysem (for store lunger) forekommer hyppigere hos cigaretrygere end hos ikke-rygere. Cigaretrygere har større risiko for at dø af disse sygdomme end ikke-rygere. Risikoen er forøget for både mænd og kvinder, der ryger cigaretter, selv om risikoen er størst for mænd.
- b) Cigaretrygere har en øget forekomst af luftvejssymptomer. To af disse symptomer (hoste og opspyt) er dosisrelaterede.
- c) Reduktion af lungefunktionen (som kan måles ved forskellige undersøgelsesmetoder) er større blandt cigaretrygere end blandt ikke-rygere.

- d) Påvirkning af lungefunktionen kan vises selv hos rygere i yngre aldersgrupper, og luftvejssymptomer kan påvises hos både teenagere og voksne, som ryger.

- e) Cigar- og piberygere dør hyppigere af luftvejslidelser (kronisk bronkitis og emfysem) end ikke-rygere, men sygdomsforekomsten er ikke så stor som hos cigaretrygere.

Det fremgår af det tidligere omtalte bilag 4, at risikoen for at dø af de her omtalte sygdomme hos cigaretrygere (både mænd og kvinder) er forøget fra ca. 5 til ca. 14 gange sammenlignet med risikoen hos ikke-rygere.

Kendskabet til de sygdomme, som kan forårsages af tobaksrykning, var bl.a. baggrunden for, at sundhedsstyrelsen i september 1985 foreslog indenrigsministeriet at tage initiativ til, at danske cigaretters tjæreindhold blev reduceret. I marts 1986 aftaltes mellem indenrigsministeriet og Skandinavisk Tobakskompagni følgende:

- at nedsætte tjæreindholdet i de stærkeste cigaretter med 20 pct. over en 2-årig periode,
- at der på cigaretter og i cigaretreklamer skal stå, at »sundhedsstyrelsen påpeger, at tobaksrykning er sundhedsskadelig«, og
- at cigaretter i fremtiden bliver inddelt i 3 kategorier afhængigt af tjæreindhold, samt at der på pakker og i reklamer skal stå, hvilken kategori det konkrete cigaretmærke tilhører (mild, middel eller kraftig).«

Spørgsmål 8:

Udvalget anmoder om at få tilsendt eksempler på nuværende og foreslåede nye advarsler på svenske og islandske tobakspakninger.

Svar:

Vedlagt fremsendes eksempler på nuværende advarsler på islandske og svenske cigaretter samt foreslåede nye på svenske.

*) er ikke vedlagt betænkningen.

Bilag til bet. o. f. t. beslutn. om sikring af røgfri miljøer

Health warnings

on tobacco packages in Iceland according to regulation no. 499/1984



1. Smoking during pregnancy endangers the health of mother and child.

DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH.



2. Smoking may damage your arteries and cause heart attack.

DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH.



3. Protect children from tobacco smoke.

DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH.



4. If you stop smoking you improve your health and increase your life expectancy.

DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH.



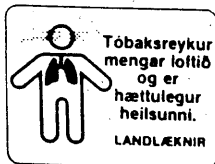
5. Smoking is a health problem you can help to solve.

DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH.



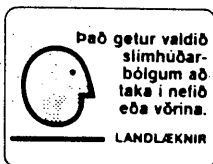
6. Hundreds of Icelanders die each year due to smoking.

DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH.



7. Tobacco smoke pollutes the air and is a health hazard.

DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH.



8. Snuff and chewing-tobacco may damage the mucous membranes.

DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH.

Cigarettes, labels no. 1,2,3,4,5 and 6
Cigars and pipe tobacco, labels no. 3 and 7
Snuff and chewing tobacco, label no. 8

No. 1 Pantone Process Blue. No. 2 and 8 Pantone Red 032.
No. 3 Pantone Purple. No. 4 Pantone 172 (orange).
No. 5 and 7 Pantone Reflex Blue. No. 6 Pantone Process Black 26.

NUGÆLDENDE TEKSTER I SVERIGE

Du som är gravid. Rökning under graviditet kan skada ditt barn.
Socialstyrelsen

Sjukliga förändringar i luftvägarna kan uppstå redan hos unga rökare.
Socialstyrelsen

Tobaksrökning ökar risken för kronisk luftvägssjukdom, lungcancer, hjärtinfarkt, magsår och lungemfysem.
Socialstyrelsen

Rökning i bil kan skada luftvägar och irritera ögon hos medpassagerare. Barn kan vara särskilt känsliga.
Socialstyrelsen

Din tobaksrök kan utlösa besvär hos astmasjuka och allergiker.
Socialstyrelsen

Kärlsjukdomar. Vid kärlsjukdomar är det viktigt att skuta röka.
Socialstyrelsen

Varning
All tobaksrök innehåller kolmonoxid, tjära och nikotin. Vid sk halsbloss är hälsoskema alltid betydande.
Socialstyrelsen

**RULLE
TOBAK**

Ökade cancerrisker. Rökning ökar risken för cancer i bl a lungorna, munnen, matstrupen, halsen och urinblåsan.
Socialstyrelsen

Du som ammar. Rökning under amningstiden kan skada ditt barn.
Socialstyrelsen

Hjärtinfarkt före 50 år drabbar nästan bara rökare.
Socialstyrelsen

Varning
All tobaksrök innehåller kolmonoxid, tjära och nikotin. Vid sk halsbloss är hälsoskema betydande även om man röker cigarr eller cigarrill.
Socialstyrelsen

**CIGAR
/CIGARRIL**

9 av 10 patienter med strupcancer är rökare.
Socialstyrelsen

Din tobaksrök kan försvåra cirkulationsbesvären hos hjärtsjuka.
Socialstyrelsen

Fortsätter du att röka ökar risken att du ska få cancer eller hjärtinfarkt.
Socialstyrelsen

Varning
Snus och tuggtobak innehåller nikotin. Därför ger snusning lika starkt beroende som tobaksrökning. Slemhinnor och tandkött kan få skador som kräver läkarvård.
Socialstyrelsen

SNUS


Kolmonoxidhalten i blodet kan bli ännu högre vid rökning än då man vistas i stadsluft med mycket bilavgaser.
Socialstyrelsen

Cigarettor och p-piller är en kombination som ökar risken för hjärtinfarkt hos kvinnor över 30 år.
Socialstyrelsen


CIGARETTEKSTER

FORSLAG TIL NYE TEKSTER

Utsatt inte Dina arbejdskamrater för tobaksrök. Den är skadlig och irriterande.

 Socialstyrelsen

Vill Du sluta röka? Många har gjort det. Bestäm Dig för en viss dag och sluta tvärt.

 Socialstyrelsen

Hjärtinfarkt före 50 år drabbar nästan bara rökare.

 Socialstyrelsen

Tobaksrökning är hälsofarlig även om man röker cigarr eller cigarill.

 Socialstyrelsen

Tobaksrök innehåller många cancerframkallande ämnen. I sidoröken, den som drabbar omgivningen, finns de största mängderna.

 Socialstyrelsen


1983 omkom 779 i trafiken och minst 8.000 dog av tobaksrökning.

 Socialstyrelsen

Rökning ökar risken för inflammation i tandkötter. Detta kan leda till tandlossning.

 Socialstyrelsen


Tobaksrökning är hälsofarlig även om man röker pipa eller rullar sin cigarett.

 Socialstyrelsen

Din rökning kan skada andra. Utsatt inte Din omgivning för tobaksrök.

 Socialstyrelsen


Bland kvinnor är lungcancer snart vanligare än bröstcancer. Det beror på rökningen.

 Socialstyrelsen

Röker en så röker alla. Det mesta av tobaksröken går ut i luften som alla andas.

 Socialstyrelsen

Tobaksrökning kan skada slemhinnorna. Tappar Du rösten ibland? Sluta röka.

 Socialstyrelsen


De som får åderförkalkning i benens fina blodkärl och därmed svårt att gå, är nästan alla rökare.

 Socialstyrelsen

En "svag" cigarett kan ge minst lika stora mängder tjära m m som en stark. Rökandet är avgörande. Lämna långa timpar och dra helst inte hårbloss.

 Socialstyrelsen

Snus och tuggtobak innehåller nikotin. Där för ger snusning lika starkt beroende som tobaksrökning. Munslemhinnor och tandkött kan skadas.

 Socialstyrelsen

Rök inte bland barn. Röken irriterar deras luftvägar.

 Socialstyrelsen

Du som är gravid eller ammar. Rök inte för barnets och Din egen skull.

 Socialstyrelsen

Tobaksrökning ger nedsett motståndskraft mot bl a luftvägsinfektioner.

 Socialstyrelsen

Rökning och p-piller i kombination ökar risken för hjärtinfarkt hos kvinnor över 30 år.

 Socialstyrelsen

Spørgsmål 10:

I hvilke lande findes der deklarationspligt?

Svar:

Indenrigsministeriet har i anledning af spørgsmålet indhentet følgende udtalelse fra sundhedsstyrelsen, som indenrigsministeriet kan henholde sig til:

»Sundhedsstyrelsen har fra Skandinavisk Tobakskompagni modtaget information om, at der i følgende lande er lovbefalede pligt til at deklarere indholdet af skadelige stoffer på cigaretpakker: Belgien, Finland, Frankrig, Holland, Norge, Schweiz, Sverige, Østrig.

I følgende lande er der frivilligt indgået aftale om deklaration på cigaretpakninger af indhold af skadelige stoffer: Danmark, Italien, Vesttyskland og Canada.

Deklaration af indhold af skadelige stoffer i annoncer er lovbefalede i Sverige, mens der i følgende lande er indgået frivillig aftale herom: Danmark, Vesttyskland og Canada.

I følgende lande er der forbud mod cigaretannoncer: Finland, Island, Italien, Norge og Portugal.

I følgende lande er det lovbefalede at bringe advarselstekster imod cigaretrykning på cigaretpakninger: Belgien, Finland, Frankrig, Holland, Island, Norge, Portugal, Schweiz, Sverige, Østrig, USA og Australien.

I følgende lande er der mellem industrien og statsmagten indgået en frivillig aftale om advarselstekster på cigaretpakninger: Danmark, Vesttyskland, England, Canada og Japan.

I følgende lande er det lovbefalede at bringe advarselstekster i annoncer for tobaksvarer: Belgien, Irland, Sverige, Østrig og USA.

I følgende lande er der frivilligt indgået aftale om advarselstekster i cigaretannoncer: Danmark, Vesttyskland, England, Canada, Australien og Japan.

I følgende lande er der nedlagt forbud mod annoncering af tobaksvarer: Finland, Island, Italien, Norge og Portugal.«

Spørgsmål 13:

I hvilken regie kunne et tobaksskaderåd tænkes oprettet?

Vel eksempelvis forebyggelsesrådet kunne påtage sig opgaven, såfremt de fornødne midler blev bevilget?

Svar:

Det ville være nærliggende at lade forebyggelsesrådet påtage sig opgaven som tobaksskaderåd.

Forebyggelsesrådet og dets sekretariat har opnået en værdifuld almen erfaring om en forebyggende indsats, som et tobaksskadeorgan ville kunne drage stor nytte af.

Desuden har forebyggelsesrådets sekretariat gennem kampagnen om passiv rygning høstet konkrete erfaringer på tobaksområdet samt knyttet kontakt til foreninger/organisationer og enkeltpersoner, der besidder ekspertise på området. Her tænkes bl.a. på Hjertereforeningen, Kræftens Bekæmpelse, en række private rørgorganisationer samt læger med særlig viden.

Der henvises endvidere til svaret på spørgsmål 22.

Spørgsmål 14:

Udvalget anmoder om en redegørelse for det norske tobaksskaderåds oprettelse, virke og resultater samt økonomiske ressourcer.

Svar:

Statens Tobaksskaderåd i Norge blev oprettet i 1970.

Rådets mandat vedlægges.

Rådet har 8 medlemmer. I sekretariatet er der 5 faste fuldtidsstillinger, fordelt på 1 kontorchef, 1 administrationssekretær, 2 konsulenter og 1 kontorassistent.

Rådets bevilling var for 1985 ca. 2,3 mill. norske kroner, mens det reelle forbrug var ca. 2,5 mill. norske kroner. Dette beløb dækker alle udgifter inkl. lønninger.

Rådets arbejdsområder fremgår af det vedlagte mandat.

Af konkrete initiativer og resultater kan nævnes:

- informationsvirksomhed over for forskellige målgrupper,
- udgivelse af en række pjecer, bøger, lysbilledserier, plakater etc.,
- etablering af et netværk af personer, der organiserer oplysningsvirksomheden lokalt,
- udarbejdelse af indstillinger til lovgivning vedrørende salg og markedsføring af tobaksvarer og advarsels- og deklarations- tekst på tobakspakninger,

- overvågning af, at de vedtagne love overholdes,
- forskningsaktiviteter, herunder årlig registrering af rygevaner, udarbejdelse af rapporter om bl.a. passiv rygning, undersøgelse af rygevanerne i bestemte befolkningsgrupper, bl.a. læger, lærere, skoleelever.

STATENS TOBAKKSKADERÅD

Mandat

Rådet skal forberede, bringe i forslag, koordinere og overvåke statens tiltak mot tobakkskader.

Herunder skal rådet særlig:

- a) holde seg løpende orientert om forsk-

- ningsresultater vedrørende tobakksrøyking og helse, og om mulighetene for å påvirke røykevanene i helsemessig gunstig retning,
- b) tjene som informasjonskilde for departementer, helsevesenet, undervisningsvesenet, industri, presse, kringkasting og det alminnelige publikum om sammenhengen mellom tobakksrøyking og sykdom,
- c) utarbeide og tilrettelegge opplysningstiltak,
- d) ta initiativet til vitenskapelige undersøkelser, herunder etterprøving av igangsatte tiltaks effekt,
- e) medvirke til at eventuelle avvenningsklinikker blir drevet i kontrollerte former,
- f) være departementets rådgiver i gjennomføring av lover rettet mot tobakksrøyking.

Rådet skal administrativt ligge under Sosialdepartementet. Utredninger av prinsipiell karakter skal avgis gjennom det.

Bilag 2

KRÆFTENS BEKÆMPELSE

Den 28. april 1986

Kræftens Bekæmpelse er bekendt med, at kommunaludvalget p.t. behandler forslag til folketingsbeslutning om sikring af røgfri miljøer fremsendt af det radikale venstre den 13. februar 1986.

I den anledning skal Kræftens Bekæmpelse udtale sin støtte til, at der etableres røgfrie fællesmiljøer. Begrundelsen herfor er at mindske det ubehag og de helbredsrisici, som er forbundet med passiv rygning.

Passiv rygning betegner situationen, hvor ikke-rygere inhalerer tobaksrøgskomponenter fra en røgfylt atmosfære. Røgen fra en antændt cigaret omfatter dels hovedstrømsrøg, som rygeren suger ind, samt sidestrømsrøg, som er den røg, der afgives fra cigarettens glødezone, når der ikke suges. Ca. 75 pct. af røgen fra en cigaret afgives til omgivelserne gennem sidestrømmen. Af de 25 pct., som rygeren suger ind via hovedstrømmen, pustes ca. halvdelen ud igen, dvs. at 85-90 pct. af røgen afgives til omgivelserne.

Tobaksrøg indeholder talrige skadelige komponenter, f.eks. kulmonooxid, nikotin samt tjærestoffer.

Disse forekommer i væsentlig højere koncentrationer i sidestrømsrøg end i hovedstrømsrøg.

I gennemsnit indeholder sidestrømmen 5,1 gange så meget nikotin, 4,4 gange så meget kulmonooxid og 2,1 gange så meget tjære. Af andre tobaksrøgskomponenter kan nævnes benzpyren og nitrosaminer, der begge anses for at være kræftfremkaldende.

En særlig form for passiv rygning er ekspositionen af fostre hos gravide rygere. Disse risikerer at føde børn med lavere fødselsvægt og øget risiko for komplikationer under og efter fødslen.

Det er dokumenteret, at passiv rygning betyder øget sygelighed for en række mennesker. Småbørn med rygende forældre har fordoblet risiko for lidelser i de øvre luftveje

og hyppigere hospitalsindlæggelser end børn af ikke-rygende forældre.

Kræftens Bekæmpelse finder ikke, at den mellem indenrigsministeren og tobaksindustrien indgåede aftale af 11. marts 1986 om regulering på tobaksområdet er tilstrækkelig restriktiv, og finder også den nye advarselsmærkning utilstrækkelig.

Kræftens Bekæmpelse finder det helt utilstrækkeligt, at der som advarselstekst på cigaretpakken kommer til at stå »Sundhedsstyrelsen påpeger, at tobaksrygning er sundhedsskadelig«.

Kræftens bekæmpelse skal oplyse, at vi har at gøre med et stof, tobak, som Det Internationale Kræftforskningsinstitut, IARC, har registreret som uomtvisteligt kræftfremkaldende. På IARCs liste over kræftfremkaldende stoffer står tobak f.eks. side om side med asbest og vinylklorid.

Kræftens Bekæmpelse finder derfor, at en advarselmærkning skal udformes med varierende og bedre oplysende tekster, der med tydelig tekst via tekst og symboler tilkendegiver faren ved at ryge - f.eks. »3.500 danskere dør hvert år af tobaksrygning«, »rygning under graviditet er til skade for mor og barn« og »beskyt børn mod tobaksrygning«.

Kræftens Bekæmpelse finder det ligeledes væsentligt, at der etableres et tobaksskaderåd, hvis opgave det bl.a. skal være at holde sig løbende orienteret om forskningsresultater fra ind- og udland, at være informationskilde for skole- og sundhedsvæsenet, at igangsætte og gennemføre kampagner om såvel aktiv som passiv rygning, bl.a. i samarbejde med de private sygdomsbekæmpende organisationer, samt tilbyde kurser i rygeafvænnning.

Kræftens Bekæmpelse finder, at et tobaksskaderåd skal finansieres gennem offentlige midler, f.eks. en særskat på tobaksvarer, eller ved, at der bruges en fast procentdel af tobaksafgifterne til finansiering.

At yderligere oplysning og information er påkrævet på tobaksområdet, viser en Observationsundersøgelse fra 1984, hvoraf fremgår, at kun 51 pct. af rygerne vidste, at rygning er relateret til lungekræft, 36 pct., at rygning er relateret til kronisk bronkitis, og kun 17 pct., at der er forbindelse mellem rygning og

blodpropper. Dette indebærer, at der hos rygere er en mangelfuld viden om risikoen ved rygning.

Kræftens Bekæmpelse skal på denne baggrund varmt anbefale, at der nu tages initiativer på det tobakspolitiske område.

Med venlig hilsen

OLE BANG
direktør

/ Lise Beha Erichsen
fuldmægtig, cand. jur.

Folketingets Kommunaludvalg
Christiansborg
1218 København K.

Bilag 3

**Uddrag af en rapport med lovforslag fra Statens tobakkskaderåd (Oslo, 24. juli 1985) med titlen
»Lufta er for alle! Retten til å puste i røykfri luft«.**

2.9 Mulige alvorlige langtidsvirkninger av røykforurenset inneklima

2.9.1. Generelle betraktninger

Dette spørsmålet ble drøftet da Statens tobakkskaderåd i 1972 avga en rapport om passiv røyking (68). Her pekte rådet først og fremst på *at det ikke er påvist noen terskelverdi for daglig tobakksbruk som må overskrides før risikoen for helseskadelige virkninger er til stede.*

Dette går også fram av befolkningsundersøkelsene i 1970-årene i Finmark, Sogn og Fjordane og Oppland, hvor en bl.a. registrerte forekomst av hoste og oppspytt fra brystet om morgenen. Hyppigheten av disse luftveis-symptomer økte regelmessig med antall sigaretter røykt pr. dag. Allerede med et forbruk på 1-4 sigaretter pr. dag var symptomene ca. dobbelt så hyppige som hos ikke-røykerne (5).

I 1972-rapporten viser rådet til en utredning fra Hygienisk institutt/Yrkeshygienisk institutt, der det heter:

»Dersom vi i overensstemmelse med dette aksepterer at *en sigarett eller ett gram tobakk pr. dag vil kunne føre til begynnende skadevirkninger hos røykeren, er det rimelig å anta at en tilsvarende mengde tobakksrøyk som innåndes av en ikke-røyker i et røykfyllt lokale, vil ha de samme virkninger forutsatt at tobakkrøyken i luften i lokalet ikke har en vesentlig annen sammensetning med hensyn til de mulige skadelige stoffene, eller at retensjonen etter innånding er mindre ved slik passiv røyking. Det siste vil vel være lite trolig da det ved passiv røykning dreier seg om fullstendig inhalering av den forurenkede luft.*«

Statens tobakkskaderåd pekte i 1972-rapporten også på at det største sprang i risikøkning for død av sigarettrelaterte sykdommer, finner man mellom dem som aldri har røykt og dem som røyker daglig i laveste forbruksgruppe.

Et annet moment som ble fremhevet av Statens tobakkskaderåd, er de *generelle krav til luftas kvalitet*, som er gjort gjeldende på grunnlag av lufthygienisk og yrkeshygienisk forskning.

For en lang rekke substanser er det fastsatt grenseverdier for forurensning av lufta. De gjeldende grenseverdier omfatter også enkelte substanser som utgjør bestanddeler av tobakksrøyk, og *kravene til luftens kvalitet må også gjøres gjeldende når forurensningen ved disse substanser skriver seg fra tobakksrøyk.*

Rådet understrekte i 1972 at det ikke forelå epidemiologiske undersøkelser som hadde forsøkt å analysere virkningen av passiv røyking.

Resultat fra slike undersøkelser har imidlertid begynt å komme i løpet av de siste årene. Bare i tiden etter den siste amerikanske og britiske røykerapporten kom ut, og mens Statens tobakkskaderåd har arbeidet med den aktuelle sak, er det publisert resultater fra flere viktige undersøkelser.

2.9.2. Nedsatt lungefunksjon

Lungefunksjonen kan måles med objektive metoder. I en amerikansk undersøkelse som omfattet 2100 friske voksne personer, ble det funnet noe lavere lungefunksjon hos røykere/ikke-røykere som hadde vært passiv-røykere på arbeidsplassen, enn hos ikke-røykere som ikke hadde vært passiv-røykere (84). Reduksjonen svarte til den en fant hos aktiv-røykere med et daglig forbruk på 1-10 sigaretter. Undersøkelsen har vært gjenstand for kritikk, og i to andre amerikanske undersøkelser kunne en ikke finne tilsvarende resultater (14, 63).

I en fransk undersøkelse som omfatter 7818 voksne personer fra 7 byer ble det funnet redusert lungefunksjon hos ikke-røykende kvinner som hadde røykende ektemenn, sammenliknet med ikke-røykende kvinner som heller ikke hadde vært passiv-røykere (37). Denne forskjellen ble ikke tydelig før

40-års-alder, og forfatterne peker på at dette kan forklare at de to sistnevnte amerikanske undersøkelser ikke kom frem til liknende resultater. Begge disse undersøkelser inkluderte relativt unge personer som ikke hadde vært utsatt for passiv røyking i lang tid.

Den kliniske betydning av disse funn har ikke vært undersøkt, og en kan foreløpig ikke trekke noen konklusjoner om hvorvidt den reduserte lungefunksjonen har konsekvenser for fremtidig sykdom.

Den amerikanske helsedirektør konkluderer: »To undersøkelser har i eldre befolkninger rapportert forskjell i lungefunksjons-mål mellom personer som hadde vært, og som ikke hadde vært utsatt for kronisk passiv røyking. Denne forskjell ble ikke funnet i en yngre og trolig mindre eksponert befolkning« (78).

2.9.3. Lungekreft

Det foreligger nå resultater fra i alt 14 epidemiologiske undersøkelser over kreftdødelighet hos passiv-røykere. De aller fleste av undersøkelsene gjelder lungekreft, mens enkelte også omfatter andre kreftformer. Undersøkelsene er foretatt i en rekke land: Japan (29, 30), Hellas (73, 74), USA (15, 21, 35, 46, 50, 51, 60, 61, 62), Hong Kong (11, 39), Vest-Tyskland (38) og Skottland (22). Metoder, resultater og konklusjoner er resymert i en fersk publikasjon fra USA (55). Forfatterne summerer opp resultatene slik:

»Dersom undersøkelsene grupperes i delstudier av menn og kvinner, får en 20 delstu-

dier, hvorav alle unntatt to antyder økt kreftdødelighet av passiv røyking. For 12 av delstudiene var det en statistisk sikker økning.«

Den japanske undersøkelsen (29) ble først publisert og skal spesielt omtales. Siden 1965 har det pågått en prospektiv epidemiologisk undersøkelse ved 29 helsesentre i Japan, av 265.118 voksne personer som var 40 år og eldre. Ved begynnelsen av undersøkelsen ble det foretatt kartlegging av røyke- og alkoholvaner, yrke og sivilstand. Senere er dødsfall i denne befolkning blitt registrert.

91.540 av disse personene var gifte, ikke-røykende kvinner. Tabell 8 gir de sist offentliggjorte resultater, og omfatter oppfølging av dødelighet frem til 1981 (30). I tabellen er kvinnes dødelighet av ulike sykdommer satt = 1.00 når ektefellen var registrert som ikke-røyker; dødeligheten i andre undergrupper er relatert til dette.

For lungekreft er det en statistisk sikker overdødelighet når ektemannen er registrert som røyker; kvinnes dødelighet øker med ektemannens sigarettforbruk; kvinner med menn som tidligere har røykt, inntar en mellomstilling. Det er også en statistisk sikker overdødelighet hos de passivt røykende kvinner for følgende dødsårsaker: bihulekreft, alle kreftformer unntatt lungekreft, emfysem + kronisk bronkitt og hjerteinfarkt.

Det var ingen samvariasjon mellom kvinnes dødelighet av lungekreft og mennenes alkoholvaner; heller ikke mellom kvinnes dødelighet av magekreft og ektemennenes røykevaner.

Tabell 8

Dødelighets-ratio hos ikke-røykende gifte kvinner, aldersjustert – Japan, 1966–81

Sykdom	Antall dødsfall	Dødelighets-ratio etter ektemannens røykevaner				
		Ikke-røyker	Ex-røyker	1–14 sig.	15–19 sig.	20+ sig.
Lungekreft	200	1.00	1.36	1.42	1.58	1.91
Bihulekreft	28	1.00		2.27	2.56	3.44
Kreft total (lungekreft ikke medregnet)	2484	1.00*			1.06	1.11
Emfysem + kron. bronkitt	130	1.00			1.29*	1.60
Hjerteinfarkt	494	1.00			1.10*	1.31

= 91 540, 40 år og over

Kilde: Referanse nr. 38.

* inkl. eks-røykere

Som et eksempel på undersøkelser hvor det ikke er funnet statistisk sikker sammenheng mellom passiv røyking og lungekreft, skal en referere Garfinkel's undersøkelse fra den amerikanske kreftforenings materiale (21). Fra 1960 til 1972 ble 176.739 ikke-røykende hvite kvinner fulgt m.h.p. risiko for lungekreft. Av disse var 72 pct. gift med røykende menn. Garfinkel fant følgende lungekreftisiko blant kvinnene, fordelt etter ektemennenes røykevaner (risiko = 1.00 når ektefellen var ikke-røyker):

Ektemennenes daglige sigarettforbruk	Ikke-røykende kvinners lungekreft-risiko
0 sigaretter	1.00
1-20 sigaretter	1.27
Over 20 sigaretter	1.10

Det ble altså funnet høyere verdier for kvinnene med røykende ektemenn, men verdiene er ikke statistisk sikker forskjellige fra verdien for kvinnene med ikke-røykende menn.

Flere av undersøkelsene har vært gjenstand for diskusjon i den medisinske fagpresse. 1983-rapporten fra The Royal College of Physicians of London (57) drøfter mulige årsaker til de forskjellige resultater i Hirayama's og Garfinkel's undersøkelser, og nevner f.eks. at trangere boforhold (tettere røyk-konstrasjon i innelufta) i Japan kan være en forklaring. Japanske kvinner tilbringer dessuten mye større del av sin tid i hjemmet enn de amerikanske kvinner; dessuten er skilsmissefrekvensen høyere i USA (undersøkelsene tar bare i betraktning røykevanene til den mannen kvinnen var gift med da undersøkelsen ble påbegynt).

Den britiske rapporten gir en samlet vurdering av disse to undersøkelsene og den greske undersøkelsen, hvor det ble funnet statistisk sikker økt risiko hos passivt røykende hustruer (det var disse tre undersøkelsene som var kjent da rapporten ble skrevet). Rapporten understreker at Garfinkel's resultater trekker i samme retning som den japanske og greske undersøkelsen. Samlet gir disse tre sett av resultater en økning i lungekreft-dødeligheten hos de passivt røykende kvin-

ner på ca. 50 pct., heter det i den britiske rapporten.

En overdødelighet på 50 pct. er ikke urimelig ut fra følgende betraktninger:

- (1) den representerer et gjennomsnitt og omfatter alle grader av passiv røyking. Det er store variasjoner når det gjelder f.eks. ektefellenes tobakksforbruk, ekteskapets varighet og boligens rommelighet og ventilasjon,
- (2) det er ikke påvist noen terskelverdi for tobakksrøykens helseskadelige virkning, jf. avsnitt 2.9.1,
- (3) den er teoretisk mulig i forhold til den overdødelighet som er registrert for aktiv-røykere med et lavt daglig forbruk. I et større amerikansk materiale (36), ble det funnet at røykere med daglig forbruk på 1-9 sigaretter hadde en dødelighet som var 5,5 ganger høyere enn de som aldri hadde røykt aktivt selv (men kunne ha røykt passivt).

Resultatene fra den aller siste undersøkelsen om kreftisiko ved passiv røyking ble publisert våren 1985, og er av spesiell interesse fordi den også omfatter kreftisiko ved passiv røyking blant personer som selv er daglig-røykere (62).

Undersøkelsen tar utgangspunkt i krefttilfeller (alle former) i alder 15-59 år som i løpet av en 21-måneders-periode ble rapportert til kreftregisteret ved et sykehus i North Carolina. Materialet omfatter 369 kreftpasienter som ble sammenholdt med en kontrollgruppe. Forfatterne har beregnet risiko for kreft av alle former hos både røykere og ikke-røykere, i relasjon til antall røykende husstandsmedlemmer. Settes kreftisiko = 1,0 for personer som lever i husstander uten røykende husstandsmedlemmer, finner forfatterne følgende relative risiko for kreft:

Røykende husstandsmedlemmer	Ikke-røykere	Røykere og eks-røykere
0	1,0	1,0
1	1,5	1,4
2	2,3	2,2
3 eller flere	2,8	2,4

NB! Risikotallene må bare sammenliknes innenfor hver kolonne!

De refererte tall for kreftrisiko i husstander hvor 2 eller flere husstandsmedlemmer røyker, er statistisk sikker forskjellig fra kreftrisiko i husstander hvor ingen røyker. Forfatterne understreker at resultatene er foreløbige og må bekreftes av andre undersøkelser, men de hevder at resultatene antyder at virkningen av eksposisjon for andres røyk kan være større enn tidligere antatt.

Så langt undersøkelser som er foretatt på dette området.

Spørsmålet om langvarig passiv røyking kan gi lungekreft (eller annen alvorlig sykdom), har vært tatt opp i flere medisinske fora, og behandlet i røykerapporter og konferanser som har drøftet temaet. Følgende konklusjoner skal refereres her:

(1) *Den amerikanske helsedirektør, 1982-rapporten (77)*, uttaler at selv om de foreliggende data ikke er tilstrekkelige til å bevise at passiv røyking er årsak til lungekreft blant ikke-røykere, gir de grunn til bekymring om et mulig alvorlig helseproblem. Med tanke på forebyggende medisin, bør forsiktighet tilsi at ikke-røykere i størst mulig utstrekning unngår å utsette seg for tobakksrøyk fra andre personers røyking, uttaler den amerikanske helsedirektør.

(2) *Seminar om tobakksrøyk i miljøet, Geneve 1983*. Dette seminaret ble arrangert av professor Ragnar Rylander, Universitetet i Göteborg, sammen med Universitetet i Geneve, Sveits, og ble økonomisk støttet av The Tobacco Institute, Washington D.C.

I konklusjonene fra seminaret heter det bl.a. (ref. nr. 19, side 141):

»Selv om de publiserte data om tobakksrøyk i miljøet og lungekreft ikke kan gi grunnlag for konklusjon, var arbeidsgruppen enig i at det var tilstrekkelig overensstemmelse i statistisk sammenheng til å støtte fortsatt arbeid. Det var også enighet om at den tilskrivbare risiko blant ikke-røykende hustruer, utsatt for tobakksrøyk, var tilstrekkelig til å indikere et mulig anselig problem.«

(3) *Internasjonalt vitenskapelig symposium om passiv røyking, Wien, 1984*. Symposiet var arrangert av Det østerrikske selskap for arbeidsmedisin, Det tyske selskap for arbeidsmedisin, Den amerikanske helse-

stiftelse og Det bayerske akademi for arbeidsmedisin.

Ifølge referatet deltok 7 personer i diskusjonen, og deres meninger om spørsmålet var motstridende. Ingen samlet konklusjon ble avgitt.

Visse formelle forhold ved dette symposiet gir grunn til en tilføyelse: Et 5 siders referat fra symposiet er gitt i den tyske utgave av Verdens helseorganisasjons magasin »Verdens helse«, desember 1984 (18). Et 2-spalters utdrag av dette referatet er gitt i den engelske utgave av magasinet, mai 1985 (86). I det tyske referatet heter det at symposiet ble arrangert i samarbeid med Verdens helseorganisasjon. I brev av 9. juli 1985 til Statens tobakkskaderåd opplyser imidlertid Verdens helseorganisasjons hovedkontor i Genève at organisasjonen overhodet ikke har vært engasjert i arrangementet av denne konferansen. Referatet står helt og holdent for arrangørenes regning.

(4) *Cancerkommittén, Sverige, 1985*. Den regjeringsoppnevnte svenske kreftkommittéen drøfter spørsmålet, og konkluderer med at passiv røyking utgjør en reell risikofaktor (10).

(5) *Kreftkonferanse i Lyon, februar 1985*. Konferansen ble arrangert av Det internasjonale byrå for kreftforskning, som er tilknyttet Verdens helseorganisasjon, og ble ledet av den britiske epidemiolog Sir Richard Doll. I konklusjonene fra konferansen heter det bl.a. (33):

»Kjennskap til beskaffenheten av sidestrøms- og hovedstrøms-røyk, til stoffene som absorberes ved »passiv« røyking, og til de kvantitative forhold mellom dose og effekt som vanligvis er observert når en utsettes for kreftfremkallende stoffer, leder fram til den konklusjon at passiv røyking medfører en viss risiko for kreft.«

(6) *Internasjonalt møte om samarbeid om kreftforskning og kreftforebyggelse, Moskva, juni 1985*. Konferansen ble arrangert av Det internasjonale byrå for kreftforskning (tilknyttet Verdens helseorganisasjon) og Kreftforskningssenteret i Moskva. I konklusjonene fra konferansen heter det bl.a. (49):

»På basis av kunnskaper om sidestrømsrøykens kjemiske sammensetning, av eks-

perimentelle data og av målinger av human eksposisjon, må det antas at »passiv« eksposisjon for andre menneskers tobakksrøyk forårsaker en viss risiko for å utvikle lungekreft. Å fastslå nøyaktig i hvilken grad dette skjer, krever imidlertid mer forskning.»

Det vil også være på sin plass å vise til den resolusjon som Den norske lægeforsknings landsmøte fattet i 1981, og som oppfordrer Regjeringen til å arbeide for at Norge kan bli et røykfritt samfunn innen år 2000 (17). I resolusjonen heter det bl.a.: »Tobakk er helsefarlig både for røykere og deres omgivelser« (uthevet her).

Det er interessant at det resonnement og de konklusjoner som er referert fra de to sistnevnte konferanser (pkt. 5 og 6 ovenfor) ble fremlagt allerede i 1972 av Hygienisk institutt/Yrkeshygienisk institutt i Oslo og av Statens tobakkskaderåd, jf. afsnitt 2.9.1 og litteraturreferanse nr. 68.

Kan det sies noe mer om i hvilken utstrekning passiv røyking kan forårsake lungekreft?

En kjent britisk epidemiolog, professor Richard Peto, uttaler at det er mulig at det i det lange løp vil bli vist at noen hundre – kanskje noen tusen – ikke-røykere kan dø hvert år i både USA og Storbritannia fordi de har vært utsatt for andres røyk (48). Han hevder også at passiv røyking øker de røyke-relaterte dødsfall hos aktiv-røykere med et lignende antall. Men han tilføyer:

»Som et folkehelse-problem er sidestrøms-røyking ubetydelig sammenliknet med hovedstrøms-røyking. Det som virkelig betyr noe, er at omtrent en fjerdedel av daglige sigarett-røykere vil dø for tidlig på grunn av egen røyking. Det som virkelig betyr noe, er at røyking dreper røykere.«

I en helt fersk publikasjon fra USA er det fremlagt anslag over antall lungekreftdødsfall som må tilskrives passiv røyking (55). Forfatterne benytter ulike forutsetninger for to forskjellige anslag. Det ene gir som resultat at 555 lungekreftdødsfall årlig skyldes passiv røyking blant 63,8 mill. ikke-røykere over alder 35 år i USA. Det andre gir som resultat 4665 tilsvarende dødsfall, med et gjennomsnittlig tap av forventet levetid på 17 år pr. dødsfall (i USA var det 108.500 lungekreftdødsfall i 1980). Forfatterne hevder at dette

siste anslaget stemmer med resultatene fra de store epidemiologiske undersøkelsene i Japan og USA. Anslaget svarer til nær 1/3 av alle lungekreftdødsfall blant ikke-røykere i USA. Forfatterne finner også at det siste anslag tyder på at passiv røyking utgjør en større helserisiko enn den samlede kombinerte risiko av alle skadelige stoffer som forurenser utendørs luft (og som er underlagt kontrollbestemmelser).

Den forutgående redegjørelse gir som konklusjon: Det er stadig mindre tvil om at passiv røyking kan føre til lungekreft. Risikoen vil imidlertid være avhengig av styrken og varigheten av den passive røyking.

Overdødeligheten ved passiv røyking er sannsynligvis beskjeden i forhold til den en finner ved aktiv røyking. Anvendt på store folkegrupper vil den imidlertid kunne bety et stort antall dødsfall.

Fortsatt forskning er nødvendig for å klarlegge graden av risiko for alvorlige helseskader ved langvarig passiv røyking. Dette fremgår ikke minst av den store forskjell det er mellom de refererte anslag av lungekreftdødsfall pga. passiv røyking. Allerede nå er mistanken sterk om at omfanget av disse helseskader er større enn tidligere antatt. Dette moment må derfor også komme i betraktning ved diskusjonen om hygieniske tiltak. Risikoen vil særlig kunne være tilstede for personer som er stadig utsatt for røykforurenset innneklima, f.eks. personale i røykfylte kaféer, restauranter og kontorer.

2.10 Konklusjon med henblikk på hygieniske tiltak

- (1) Over halvparten av den voksne norske befolkning angir at de føler ubehag ved opphold i røykfylte rom. Dette har særlig sammenheng med at tobakksrøyk inneholder komponenter som virker irriterende på slimhinnene, først og fremst i øynene. Denne irritasjons-effekt er registrert ved objektive metoder (den skyldes ikke irritasjon på det mentale plan). Med den moderne forståelse av helsebegrepet (jf. Verdens helseorganisasjons definisjon) er dette forhold alene tilstrekkelig medisinsk/hygienisk grunnlag for å sørge for et røykfritt innneklima.
- (2) Utsatte grupper (barn, pasienter med kronisk lunge- og hjertesykdom, allergi-

kere) kan påføres alvorlige helseskader og helseplager ved opphold i røykforurenset inneklime. Dette dreier seg om store grupper av befolkningen. I helse- og sosialpolitikken er det bred enighet om at personer med ulike handicap må integreres i normalt daglig liv – både i arbeidet og i andre sosiale sammenhenger. Det er derfor nødvendig å ta hensyn til den risiko disse grupper utsettes for ved passiv røyking.

- (3) Det foreligger undersøkelsesresultater som gir økende mistanke om at langvarig eksposisjon for passiv røyking kan gi al-

vorlig helseskade. Resultatene har skapt en begrunnet frykt hos mange, og dette er også en akseptabel grunn til å iverksette hygieniske forholdsregler. Det er generell enighet om at forurensning av utendørs luft må bekjempes ved fastsettelse av klare normer. Det samme bør også gjelde forurensning av innendørs fellesluft. Den kan, som dette kapittel har vist, være både tettere og mer skadelig enn forurenset byluft.

Dette er det medisinske/hygienske grunnlag for å innføre prinsippet om et røykfritt offentlig inneklime.