



Alþingi
Erindi nr. P/32/983
komudagur 23.2.2006

Alþingi
Nefndarsvið
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 22. febrúar 2006
Tilvísun: 200602-0011

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál.

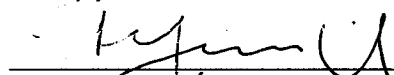
Alþýðusambandi Íslands hefur borist til umsagnar frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál.

Í frumvarpinu er lagt til að sú breyting verði gerð á tóbaksvarnarlögum að reykingar í þjónusturými veitinga- og skemmtistaða verði bannaðar með öllu frá og með 1. júní 2007.

Út frá vinnuverndarsjónarmiðum telur Alþýðusamband Íslands að þessi breyting sé mjög til hagsbóta fyrir starfsfólk á veitinga- og skemmtistöðum.

Alþýðusamband Íslands er sammála umræddri breytingu og mælir með því að frumvarpið verði samþykkt.

f.h. Alþýðusambands Íslands,


Stefán Úlfarsson

Nefndasvið Alþingis
b.t. Elínar Valdísar Þorsteinsdóttur, nefndarritara
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 6. ^{april} ~~mars~~ 2006

**Umsögn um: frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002 um tóbaksvarnir.
388. mál, reykingabann.**

Barnaheill – Save the Children á Íslandi taka hjálögðu frumvarpi fagnandi.

Börn eru tíðir gestir í þjónusturýmum sem almenningur hefur aðgang að, til dæmis á áhorfendasvæðum, biðstofum, gestamóttökum, forstofum, göngum, snyrtiherbergjum og á fleiri stöðum. Einnig verja flest þeirra miklum tíma á svæðum þar sem menningar- og félagsstarfsemi fer fram, til dæmis íþróttá- og tómsundastarf.

Börn eiga rétt á reyklausu andrúmslofti innan dyra og virða ber rétt þeirra til að þurfa ekki að anda að sér lofti sem er mengað tóbaksreyk af völdum annarra. Þegar af þeirri ástæðu styðja Barnaheill – Save the Children á Íslandi frumvarpið fortakslaust.

Barnaheill – Save the Children á Íslandi

Alþingi
Við Austurvöll
150 Reykjavík

Reykjavík 22. febrúar 2006

Tilvísun 2006020063/9.11/BK/--

Alþingi

*Erindi nr. P 132/980
komudagur 23.2. 2006*

Efni: Umsögn um frumvarp um breytingu á lögum um tóbaksvarnir

Brunamálastofnun gerir að svo stöddu ekki athugasemdir við frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir.

Virðingarfyllst

Björn Karlsson
Björn Karlsson



FÉLAG
ELDRI
BORGARA

Alþingi
Erindi nr. P 132/1035
komudagur 24.2.2006

Nefndasvið Alþingis,
Austurstræti 8 – 10
150 Reykjavík

Reykjavík, 22. febrúar 2006.

Heiðruðu nefndarmenn !

Félag eldri borgara í Reykjavík og nágrenni hefur fengið til umsagnar stjórnarfrumvarp um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir, 388. mál.

Þakkar félagið fyrir að fá þetta tækifæri til umsagnar.

Í inngangi segir að eftir endurskoðun á þeim ákvæðum fyrri laga sem heimila að reykt sé á afmörkuðum svæðum veitinga – og skemmtistaða sé nú lagt til að reykingar í þjónusturými á veitinga – og skemmtistöðum verði bannaðar með öllu frá og með 1. júní 2007.

Meginmarkmið frumvarpsins er vinnuvernd starfsmanna með vísan til vinnuverndarlaga og tóbaksvarmalaga og vernd almennings þar sem ört vaxandi vísindalegar sannanir séu um að óbeinar reykingar valdi heilsuskaða og dauðsföllum. Forsagan er svo rakin og þar vitnað til laga um hollustuhætti og aðbúnað á vinnustöðum, samhljóða samþykkt heilbrigðisáætlunar á Alþingi 1999, undirritun 2003 á rammamálum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og síðan vitnað til samþykktar Samtaka ferðaþjónustunnar 2005 um að allir veitinga – og skemmtistaðir skyldu vera reyklausir frá og með 1. júní 2007.

Í greinargerð Lýðheilsustöðvar koma fram uggvænlegar upplýsingar um afleiðingar óbeinna reykinga á heilsufar fólks og þar nefndar margar þekktar sjúkdómsafleiðingar og er það langur listi m.a lungnasjúkdómar, hjarta – og æðasjúkdómar, heilablóðfall, allt yfir í vöggudauða barna.

Í ljósi alls þessa þykir félaginu sjálfgefið að mæla með samþykkt frumvarpsins, enda þekkjast svo margir þessar skelfilegu afleiðingar að ekki þarf um nauðsyn lögfestingar þess að efast. Eflaust kunna einhverjir félagar okkar að telja að hér sé fulllangt gengið einkum varðandi þjónusturými úti, en við vitum okkur tala fyrir yfirgnæfandi fjölda okkar fólks þegar við mælum eindregið með samþykkt frumvarpsins.

F.h. Félags eldri borgara í Reykjavík og nágrenni


Margrét Margeirsdóttir formaður


Helgi Seljan varaformaður

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 REYKJAVÍK


Umsögn Félags íslenskra lungnalækna um frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir.

Félag íslenskra lungnalækna (FÍL) styður frumvarp þetta heilshugar. Megintilgangur þess er tengdur vinnuvernd, þ.e. að tryggt sé að starfsmenn fái notið þess réttar að andrúmsloft sé ekki mengað tóbaksreyk. Verði frumvarpið að lögum er ljóst að áhrif þess munu einnig ná til þeirra sem sækja veitinga- og skemmtistaði, þ.e. þeir munu geta notið ómengað lofts á þessum stöðum.

Félagið gerir ekki athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins.

21. febrúar 2006


Sigríður Ólína Haraldsdóttir, ritari FÍL


Gunnar Guðmundsson, formaður FÍL



Félag íslenskra heimilislækna

Hlíðarsmára 8 • 201 Kópavogur

Alþingi
Erindi nr. P 132/800
komudagur
9.2.2006

Kópavogi 7. febrúar 2006

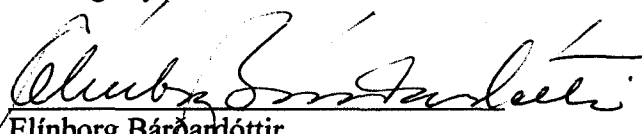
Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis
Alþingi
105 Reykjavík

Umsögn Félags íslenskra heimilislækna vegna frumvarps til laga um breytingu á lögum nr.6/2002, um tóbaksvarnir, 388.mál.

Félag íslenskra heimilislækna fagnar mjög og styður heilshugar frumvarp til laga um bann við reykingum á öllum vinnustöðum þar með talið veitinga- og skemmtistöðum.

Samband tóbaksreyks og ýmissa banvænna sjúkdóma hefur lengi verið þekkt og hafa heimilislæknar, eins og aðrir heilbrigðisstarfsmenn, litið á það sem skyldu sína að berjast gegn tóbaksnotkun. Stjórnvöld hafa einnig axlað ábyrgð í þessu efni og hafa beitt sér fyrir aðgerðum sem eiga tvímælalaust þátt í því að Íslendingar standa framarlega í baráttunni gegn reykingum. Tengsl óbeinna reykinga og sjúkdóma í hjarta og lungum er nú vel þekkt og tóbaksreykur í vinnuumhverfi fólks samsvarar því alvarlegri mengun á vinnustað. Lög og reglur sem vernda starfsfólk fyrir mengun á öllum vinnustöðum eru því afar nauðsynleg og mikilvæg.

Virðingarfyllst



Elínborg Bárðardóttir
Formaður Félags íslenskra heimilislækna

Alþingi
Erindi nr. P 132/979
komudagur 23. 2. 2006



Suðurlandsbraut 22
108 Reykjavík
Sími 540 6400
Fax 540 6401
hjukrun@hjukrun.is
www.hjukrun.is

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8 - 10
150 Reykjavík

Reykjavík, 23. febrúar 2006

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál, reykningabann.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga þakkar beiðni um umsögn um frumvarp til laga um tóbaksvarnir. Félagið fagnar frumvarpinu og hvetur til samþykkis þess.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga telur það sjálfsögð réttindi hvers vinnandi manns að vinna í heilnæmu vinnurými. Með frumvarpinu er unnið að því að vernda heilsu starfsfólks veitinga- og skemmtistaða auk þess að vernda gesti þessara staða. Leiða má líkum að því að reykningabann á skemmtistöðum geti dregið úr reykningum í heild og ekki síst meðal ungs fólks, sem oft byrjar fikt við reykningar á skemmtistöðum.

Skaðleg áhrif óbeinna reykninga eru margsönnuð og þekkt er að óbeinar reykningar eru án efa einn öflugasti krabbameinsvaldur sem fólk verður fyrir í vinnu sinni. Reykingabann á veitinga- og skemmtistöðum er því tímabært.

Virðingarfyllst,

F.h. stjórnar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga,

Elsa B. Friðfinnsdóttir, formaður

Alþingi
Erindi nr. P 132/1328
komudagur 15. 3. 2006

Reykjavík, 15. mars 2006.

Félagið Læknar gegn tóbaki
Hlíðarsmára 8, 201 Kópavogi

Heilbrigðisnefnd Alþingis
b.t. Jónínu Bjartmarz formanns

Erindi: Umsögn Félagsins Lækna gegn tóbaki um Þskj. 470 — 388. mál.
Frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir.
(Lagt fyrir Alþingi á 132. löggjafarþingi 2005–2006.)

Virðulegu nefndarmenn.

Stjórn Lækna gegn tóbaki vill lýsa yfir stuðningi við framkomið frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir.

Núverandi tóbaksvarnarlög eru forsenda fyrir tóbaksvörnum í samfélaginu og eru mikilvægur liður í forvarnarstarfi vegna tóbaksneyslu. Þar fara saman takmarkanir á dreifingu, sölu og kynningu á tóbaksvörum og takmarkanir á aðgengi nýrra neysluvara sem innihalda tóbak, til sölu hér á landi til að hindra nýliðun í hópi þeirra sem fíknir eru í tóbak í samfélaginu og til að styðja þá sem reyna að hætta neyslu, við að ná árangri.

Frumvarp þetta felur í sér mikilvægar breytingar vegna aukins styrks vísindalegra rannsókna sem sýna nú, svo að hafið er yfir allan vafa, að óbeinar reykingar geta valdið alvarlegum sjúkdómum hjá þeim sem útsettir eru. Nái frumvarp þetta fram að ganga mun það verja starfsmenn í veitinga- og skemmtanaíðnaði gegn óbeinum reykingum á vinnustað sínum en þeir eru einu starfsmennirnir sem ekki hafa notið þeirrar verndar í *Vinnuverndarlögum* nú. Mikilvægast er að verja starfsmenn gegn langvarandi dvöl í reykmenuguðu lofti og er vel staðfest með rannsóknum að aðskilin svæði með reykinga- og reyklusum svæðum ná ekki þeim markmiðum.

Þegar hafa sambærileg lög verið sett í mörgum vestrænum löndum. Fyrst fékkst reynsla frá Bandaríkjamönnum og þeim löndum fjölgar ört sem sett hafa slíka löggjöf, með góðum árangri. Af okkar helstu nágrönnum voru Írar og Norðmenn fyrstir með algjört bann við reykingum innanhúss á veitinga- og skemmtistöðum. Skotar og Bretar hafa einnig samþykkt samhljóða lög. Reynsla þessara þjóða er almennt góð, framkvæmd hefur verið án teljandi vandræða og áhrif á umsvif í rekstri hafa verið lítil. Svíþjóð er eina landið sem hefur við slíka lagasetningu gefið rekstaraðilum kost á að innrétta lokuð reykherbergi þar sem engar veitingar eru leyfðar. Gerðar voru strangar kröfum um loftræstingu og stýrð loftskipti til að hindra loftstreymi frá þeim inn í annað þjónusturými. Samkvæmt skýrslu á vef sænsku lýðheilsustöðvarinnar höfðu í október síðastliðnum (4 mánuðum eftir gildistöku laganna hjá þeim) aðeins 2% rekstaraðila lagt út í þær innréttingar sem þarf til að leyfa reykingar (www.fhi.se *Tobaksuppdraget, Sammenfattning av slutrapport från Statens Folkhälsoinstitut, december 2005*). Rúmlega 80% gesta veitingahúsa og skemmtistaða þar höfðu hins vegar ekki séð reykherbergi og/eða vissu ekki af þeim.

Kannanir á viðhorfi almennings, starfsmanna og rekstraraðila í veitinga- og skemmtanaíðnaði gefa til kynna jákvætt viðhorf til slíkrar lagasetningar hér á landi. Nauðsynlegt er þó að undirbúa hana vel með skipulegri fræðslu m.a. til almennings og starfsmanna þessara staða, einnig viðhorfskönnunum meðal almennings og mati á umsvifum rekstraraðila áður og eftir gildistöku laganna og að tryggja góða almenna kynningu á þeim niðurstöðum. Einnig er nauðsynlegt að skilgreina vel ábyrgðarsvið mismunandi stofnana við undirbúning á framkvæmd og við gildistöku laganna. Efla þarf eftirlit með veitingahúsum og skemmtistöðum, amk. tímabundið á meðan lögin taka gildi.

Ánægjulegur fylgifiskur slíkrar lagasetningar í nágrannalöndum okkar hefur verið minni sala á tóbaki og fjölgun þeirra sem vilja hætta að reykja í þeim samfélögum sem hafa sett slík lög. Hér á landi er brýnt að efla reykleysismeðferð í heilbrigðisþjónustunni sem fyrst til að undirbúa þjónustu við þá aðila sem kjósa að hætta reykingum, nái þessi lög fram að ganga.

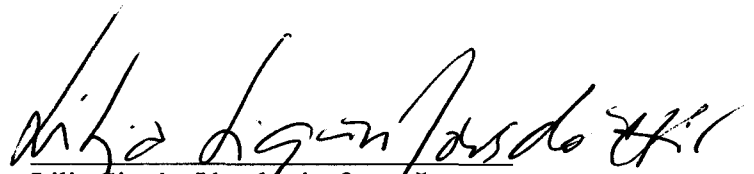
Að þessu sögðu vonumst við til að breið samstaða sé um frumvarp þetta og að það nái fram að ganga sem allra fyrst og með nauðsynlegum fjárveitingum til þeirra sem eiga að sjá um framkvæmd verkefnisins.

Við höfum ekki endursagt hér allt það sem fram kom á fundi okkar með Heilbrigðisnefnd Alþingis þann 28. febrúar sl. en hvað eina af því sem fram kom þá eða sem telst þurfa nánari útlistunar við skulum við svara fyrir.

Við biðjumst velvirðingar á að dráttur hefur orðið á að skila þessu til nefndarinnar skriflega og vonumst til að þetta innlegg geti orðið gagnlegt engu að síður.

Virðingarfyllt,

Fyrir hönd stjórnar Lækna gegn tóbaki,



Lilja Sigrún Jónsdóttir, formaður

Karlvogi 13, 104 Reykjavík

S: 898 3891

Netfang: lilja.jonsdottir@landlaeknir.is



Alþingi
Erindi nr. Þ 132/1090
komudagur 28.2.2006

Reykjavík, 27. febrúar 2006

Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis
Jónína Bjartmarz, formaður

Vísað er til bréfs heilbrigðis- og trygginganefndar, dags. 9. febrúar sl., þar sem óskað er
umsagnar félagsmálanefndar um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, mál. ~~340~~. 388
Álitið sendist nefndinni hér með.

F.h. formanns félagsmálanefndar

Selma Hafliðadóttir
nefndarritari

Umsögn

Félagsmálanefnd hefur borist bréf heilbrigðis- og trygginganefndar, dags. 9. febrúar sl., þar sem óskað er eftir umsögn nefndarinnar um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál. Með frumvarpinu er lagt til að reykingar í þjónusturými veitinga- og skemmtistaða verði bannaðar með öllu frá og með 1. júní 2007. Meginmarkmið frumvarpsins er að tryggja vinnuvernd starfsmanna, en vinnuvernd heyrir til málefnasviðs félagsmálanefndar.

Nefndin hefur fjallað um málið og fengið eftirtalda gesti á sinn fund: Hjördísi Baldursdóttur frá Eflingu stéttarfélagi, Jakobínu H. Árnadóttur frá Lýðheilsustöð, Niels Sigurð Olgeirsson frá Matvís, Ernu Hauksdóttur frá Samtökum ferðaþjónustunnar og Kristín Tómasson og Steinar Harðarson frá Vinnueftirliti ríkisins.

Til skoðunar koma lög um tóbaksvarnir, nr. 6/2002, og lög um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum, nr. 46/1980 (vinnuverndarlög). Markmið laga um tóbaksvarnir er að draga úr heilsutjóni og dauðsföllum af völdum tóbaks með því að minnka tóbaksneyslu og vernda fólk fyrir áhrifum tóbaksreyks. Jafnframt skal virða rétt hvers manns til að þurfa ekki að anda að sér lofti sem mengað er af tóbaksreyk af völdum annarra. Í vinnuverndarlögunum kemur fram að með lögunum sé leitast við að tryggja öruggt og heilsusamlegt starfsumhverfi.

Þeir gestir sem komu á fundi nefndarinnar fagna frumvarpinu og telja mikilvægt að starfsmenn á veitinga- og skemmtistöðum sitji við sama borð og starfsmenn á öðrum vinnustöðum, þannig að þessir starfsmenn geti notið reyklauss umhverfis við vinnu sína. Nefndin tekur undir þessi sjónarmið. Bent var á að ef veittar eru undanþágur frá þeirri meginreglu, sem lesa má út úr III. kafla laga um tóbaksvarnir, að reykingar séu óheimilar á opinberum stöðum þá muni þeir starfsmenn sem starfa í reykmettuðu umhverfi ekki njóta þeirrar verndar sem kveðið er á um í vinnuverndarlögunum og því ekki geta starfað í heilsusamlegu umhverfi.

Fram kom hjá fulltrúum Vinnueftirlits ríkisins að almenn ánægja sé með það fyrirkomulag að bannað sé að reykja á vinnustöðum. Í máli þeirra kom auk þess fram að samkvæmt frumvarpinu verði starfsmenn veitinga- og skemmtistaða verndaðir fyrir óbeinum reykingum af völdum annarra, en fjöldi annarra ríkja hefur nú þegar stigið slíkt skref vegna vinnuverndarsjónarmiða. Óbeinar reykingar hafa afar slæm áhrif á heilsu fólks og má í því sambandi benda á greinargerð Lýðheilsustöðvar sem er fylgiskjal með frumvarpinu.

Fulltrúi Samtaka ferðaþjónustunnar nefndi tvö atriði sem nefndinni finnst rétt að minnast á í umsögn þessari. Annars vegar kom fram að veitingamenn óski ekki eftir því að heimild verði til staðar til að hafa svokölluð reykherbergi á veitinga- eða skemmtistöðum. Hins vegar kom fram athugasemd um að þjónustuvæði utan húss sé sérstaklega skilgreint í frumvarpinu, þ.e. í a-lið 2. gr. Telja samtökin slíka skilgreiningu frekar eiga heima í reglugerð en í lagatexta. Í framhaldi af fyrrnefnda atriðinu um reykherbergi, má nefna að fulltrúi Lýðheilsustöðvar benti á að vinnuverndarsjónarmið gildi einnig gagnvart þeim herbergjum því þau þurfi starfsmenn að þrifa.

Rætt var í nefndinni um gildi vísindalegra rannsókna um skaðsemi óbeinna reykinga og fram komu vangaveltur um hvort skerðing á persónufrelsi væri að ræða yrði frumvarpið

N : \ S e l m a \ 1 3 2 \ F É L A G S M Á L A N E F N D \ A N N A Ð
FÉLAGSMÁLANEFND\umsogn-reykingabann-felagsmalanefnd.wpd **I vinnslu**

samþykkt.

Nefndin leggur á það áherslu að vinnuverndarlöggjöfin verður að gilda um allt starfsfólk og standa engin rök til þess að starfsfólk veitinga- og skemmtistaða njóti ekki heilsusamlegs umhverfis við vinnu sína. Leggur nefndin því til að frumvarpið verði samþykkt.



FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI

Alþingi
Erindi nr. P 132/1274
komudagur 13.3.2006

Nefndasvið Alþingis,
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík.

Akureyri 10. mars 2006.

Efni: Frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002 um tóbaksvarnir.

Með bréfi dags. 6. febrúar s.l. er óskað eftir umsögn um ofanefnt frumvarp.

Hér með sendist umsögn lækna ráðs Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri, sem framkvæmdastjórn FSA hefur ákveðið að gera að sinni.

Með kveðju,
Virðingarfyllst,
F.h. framkvæmdastjórnar FSA,

Þorvaldur Ingvarsson,
framkvæmdastjóri lækninga.

PI/JR



LÆKNARÁÐ FSA

Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri.
Eyrarlandsvegi, 600 Akureyri
Sími: 463 0100 Myndsími: 462 4621

Akureyri 4. mars 2006.

Umsögn læknaráðs Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) um: Frumvarp til laga um breytingar á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir.

Læknaráð FSA fagnar þessu frumvarpi sem þó hefði mátt ganga lengra í að vernda heilsu þeirra sem ekki reykja. Banna ætti allar reykingar á sjúkrahúsum og breyta 10.gr núvarandi laga í samræmi við það.

1. gr. Má skilja viðbótina við 2. gr þannig að t.d. veitingamönnum sé heimilt að hafa reykingaherbergi til afnota fyrir viðskiptina vini, reykingaherbergi sem er aðgangsfritt og þar sem engin þjónusta er veitt?
2. gr. Breytingar á 9.gr.
 - a) Færanlegt þak og veggir sem umlykja að hálfu leiti er að mati læknaráðs orðlag sem bíður upp á hártoganir. Banna ætti reykingar á öllum þjónustusvæðum utanhúss.
 - b) Allar reykingar ætti að banna á gististöðum.

Fyrir hönd stjórnar læknaráðs Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Gunnar Þór Gunnarsson, formaður.

Alþingi
Erindi nr. P 132/1220
komudagur 9. 3. 2006

Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis

388. mál, tóbaksvarnir

Ég var gestur heilbrigðisnefndar á þriðjudaginn var sem formaður Lækna gegn tóbaki og þar var óskað eftir heimild fyrir hæstaréttardómi sem gekk í Noregi um skaðsemi óbeinna reykinga.

Hér hangir við ensk þýðing á þeirra frumvarpi og tilvísun þar í dóminn sjálfan, á blaðsíðu 8, undir lið 2.4 er svohljóðandi texti:

A Supreme Court ruling published in No. 2000 of the Norwegian court gazette *Norsk retstidende*, p. 1614, awarded a

female bartender who had worked in nightclubs with high levels of environmental smoke for several years compensatory damages for injuries sustained because of passive smoking pursuant to the Norwegian act on workrelated

injury insurance. The plaintiff herself smoked from 10 to 15 cigarettes a day, but the Supreme Court reached the conclusion that this fact should not entail a reduction of the compensatory damages. The expert witnesses concluded that passive smoking had contributed at least 40% to the plaintiff's development of lung cancer, while her

own smoking contributed no more than 60 percent.

Láttu mig vita ef þörf er fyrir meiri gögn en þetta. Skrifleg umsögn félagsins fylgir svo í kjölfarið innan skamms.

Bestu þakkir,

Lilja Sigrún Jónsdóttir, læknir og formaður Lækna gegn tóbaki

Alþingi
Erindi nr. P 132/1005
komudagur 23.2.2006



Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis
Jónína Bjartmarz, formaður
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

HEILBRIGÐIS- OG
TRYGGINGAMÁLARÁÐUNEYTIÐ

Vegmúla 3 150 Reykjavík
sími: 545 8700 bréfasími: 551 9165
postur@htr.stjr.is
www.heilbrigdisraduneyti.is

Reykjavík 20. febrúar 2006
Tilv.: HTR04100048/03.02

Efni: Óbeinar reykingar

Vegna umræðu sem fram fór á Alþingi þann 31. janúar s.l. um starf Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar í Genf varðandi óbeinar reykingar vakti ráðuneytið athygli stofnunarinnar á efni umræðunnar. Hinn 15. febrúar sl. barst heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra síðan hjálagt bréf frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni í Genf þar sem ásökunum þeim sem fram komu í umræðunni er svarað og jafnframt óskað eftir því að efni bréfsins sé komið á framfæri við þingið.

Af þessu tilefni óskar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra eftir því að formaður heilbrigðis- og trygginganefndar kynni efni bréfsins fyrir þingmönnum sem sæti eiga í nefndinni og taki efni bréfsins til umræðu á þingi eftir því sem efni standa til.

Jónína Bjartmarz

Fylgiskj.: 1. Afrit símbréfs frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni í Genf dags. 15.febr.2006.
2. Þýðing löggilts skalapýðanda á bréfi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar í Genf dags. 15.febr.2006

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin
20, Avenue Appia
CH-1211 Genf 27
Sviss

Hr. J. Kristjánsson
Heilbrigðis- og félagsmálaráðherra
Heilbrigðis- og félagsmálaráðuneyti
Vegmúla 3
IS-150 Reykjavík

15. febrúar 2006

Kæri ráðherra,

Athygli okkar hefur verið vakin á umræðu í íslenska þinginu hinn 31. janúar þessa árs þar sem vikið er að starfi Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar varðandi óbeinar reykingar. Ég yrði yður þakklátur ef þér kæmuð á framfæri við viðkomandi aðila eftirfarandi upplýsingum er tengjast yfirlýsingum sem fluttar voru í þinginu.

Rannsóknin frá 1998, sem vikið var að í þinginu, varð til þess að tóbaksiðnaðurinn hóf mikla herferð í fjölmiðlum til að reyna að andmæla því að hætta á lungnakrabbameini tengdist óbeinum reykingum, enda eru þessi tengsl vísindalegur grunnur lagasetningar sem verndar þá er ekki reykingar í vinnu og á opinberum stöðum.

Árið 2000 tókst rannsóknaraðilum frá Háskólanum í Kaliforníu, í San Fransisco, að fá aðgang að skjölum frá tóbaksframleiðendum sem gáfu ítarlega til kynna hve langt sum fyrirtæki höfðu gengið árið 1998 til að tryggja að fram kæmu villandi yfirlýsingar og dregnar værnangar ályktanir varðandi rannsóknina. Grein sem birtist í læknisfræðitímaritinu "The Lancet" lýsti nákvæmlega þessari viðleitni tóbaksiðnaðarins og Alþjóðastofnunin á sviði krabbameinsrannsókna (sem tekið hafði þátt í rannsóknarverkefnum árið 1998) sendi frá sér fréttatilkynningu á þessum tíma þar sem fordæmdir voru þeir aðilar innan iðnaðarins sem reynt höfðu að grafa undan starfsemi stofnunarinnar.

Í reynd sýndi rannsóknin frá 1998 að aukin hætta á lungnakrabbameini (16%), fylgir því að verða fyrir áhrifum óbeinna reykinga á vinnustað eða í hjónabandi. Ekki var minnst á þessa áhættu í herferð tóbaksiðnaðarins. Þetta er lítil aukning miðað við tuttugufalda aukningu áhættu sem fylgir því að reykja sjálfur, en þegar horft er til þess mikla fjölda fólks sem verður fyrir áhrifum óbeinna reykinga, er áætlað að 3000 tilfelli lungnakrabbameins í Bandaríkjunum og 2500 í Evrópu stafi af óbeinum reykingum.

Á þessu tímabili hefur Alþjóðastofnunin á sviði krabbameinsrannsókna (IARC) yfirfarið vandlega öll sönnunargögn varðandi tengsl lungnakrabbameins og óbeinna reykinga, að meðtalinni þessari rannsókn. Að lokum, fram kom skýr niðurstaða í Fræðsluriti IARC um

tóbaksreyk og óbeinar reykingar (2004), “jafnvel óbeinar reykingar í algengu meðallagi hafa sýnt sig að valda lungnakrabbameini meðal þeirra sem ekki reykja. Tóbaksreykur frá öðrum veldur krabbameini í fólki.”

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin leggst eindregið gegn atferli framleiðenda af því tagi sem tengdist rannsókninni frá árinu 1998. Slíkt grefur undan vísindum og truflar skynsamlega stefnumörkun.

Yðar einlægur,

Denis G. Aitken
Aðstoðarforstjóri og stjórnarmeðlimur
Skrifstofa forstjóra

Þýðing staðfest, 21. febrúar 2006

Rafn Kjartansson
Löggiltur skjalapýðandi



**World Health
Organization**

20, AVENUE APPIA - CH-1211 GENEVA 27 - SWITZERLAND - TEL CENTRAL +41 22 791 2111 - FAX CENTRAL +41 22 791 3111 - WWW.WHO.INT

Tel. direct: +41 22 791
Fax direct: +41 22 791
E-mail :

In reply please
refer to:

Your reference:

HEILBRIGDIS- OG TRYGGINGAMÁLARÁÐUNTYTID	
F# 03.02	Afgr. Svarfr.
15. FEB. 2006	
Afm. (86) + 6W7 + 8M	
Málsnr. HTR	04/100048

Mr J. Kristjánsson
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Vegmúla 3
IS-150 Reykjavik

15 February 2006

Dear Minister,

Our attention has been drawn to the debate in the Icelandic Parliament on 31 January this year in which reference has been made to the World Health Organization's work on passive smoking. I would be grateful if you could advise those concerned of the following information which is relevant to the statements made in Parliament.

The 1998 study referred to in Parliament was the subject of a strong media campaign by the tobacco industry to try to dispute the lung cancer risk associated with passive smoking because it is this association that gives the scientific basis for legislation protecting nonsmokers at the workplace and in public places.

In 2000, researchers from the University of California, San Francisco were able to have access to tobacco industry documents which gave details of the lengths to which some companies had gone in 1998 to ensure that misleading statements were made and wrong inferences drawn from the study. An article detailing the tobacco industries efforts was published in the medical journal "The Lancet", and the International Agency for Research on Cancer (which had been involved in the 1998 study) issued a press release at the time condemning those in the industry who had sought to undermine their work.

Actually, the 1998 study did show that exposure to passive smoking at the workplace or through spouse results in an increased (16%) risk of lung cancer, which was not mentioned by the tobacco industry campaign. A small increase, when compared to the 20-fold increase of risk by active smoking, but, given the large populations exposed to passive smoking, in the USA 3000 and in Europe 2500 cases of lung cancer annually are estimated to be caused by passive smoking.

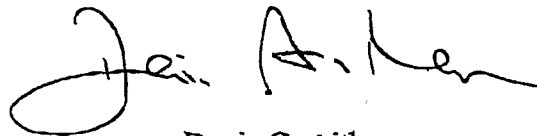
Mr J. Kristjánsson
Minister of Health and Social Security

Page 2

Over this time, the whole body of evidence linking lung cancer and passive smoking has been extensively reviewed by IARC including this study, and finally the IARC Monograph on Tobacco Smoke and Involuntary Smoking (2004) clearly concluded, "Even the typical levels of passive exposure have been shown to cause lung cancer among never smokers. Second-hand tobacco smoke IS carcinogenic to humans."

WHO has a strong position against industry activities such as those relating to the 1998 study, which undermine science and interfere in sound policy development.

Yours sincerely



Denis G. Aitken
Assistant Director-General and Director,
Office of the Director-General

Heilbrigðis- og trygginganefnd

388. mál, tóbaksvarnir

Tillaga að breytingu á 2. gr. frumvarpsins skv. beiðni nefndarinnar.

a. Seinni málsliður 1. mgr. 9. gr orðast svo:

“Sama gildir um tilsvarendi svæði utan dyra, séu þau ekki nægilega opin til að tryggja viðunandi loftstreymi.”

e. 6. mgr. verður að 4. mgr. og orðast svo:

Ráðherra er heimilt að setja með reglugerð, í samráði við samgönguráðherra og umhverfisráðherra, nánari ákvæði um reykingar á gististöðum og um framkvæmd banns við reykingum á veitinga- og skemmtistöðum, meðal annars hvað varðar svæði utan dyra sbr. 1. mgr.

Greinargerð:

Í tillögunni er gert ráð fyrir því að ákvæðið um bann við reykingum geti, auk “þjónusturýma” innan húss einnig náð til tilsvarendi svæða utan dyra - þ.e. svæða sem tengjast þjónustu við almenning - enda séu þau “ekki nægilega opin til að tryggja viðunandi loftstreymi” að þeim og frá.

Ætlast er til að frekari leiðbeiningar um framkvæmdina að því er þetta varðar verði settar með reglugerð, sjá lið e, svo sem um hámarkslokun reykisvæða (þak, skjólveggir) með tilliti til kröfunnar um loftstreymi og um skil milli reykisvæða og reyklusra svæða utan dyra ef svo ber undir. Orðið “viðunandi” beri í þessu sambandi að túlka með hliðsjón af 1. gr. laga um tóbaksvarnir, sbr. og III. kafla laganna almennt. Beri því að gera meiri kröfur fremur en minni til loftstreymis, og þar með loftskipta, svo að verjandi sé að leyfa reykingar.

Þá er gert ráð fyrir að í reglugerðinni verði tekið mið af þeim ákvæðum í núgildandi lögum, 2. og 4. mgr. 9. gr., að tryggja skuli að “aðgangur að reyklusu svæði liggi ekki um reykingasvæði” og “reykingarnar mengi ekki andrúmsloftið þar sem þær eru ekki leyfðar”, hvort heldur er innan dyra eða utan.

Alþingi, nefndarsvið
Heilbrigðis- og trygginganefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. P/32/ 982.
komudagur 23.2.2006.


Garðabær 22. febrúar 2006

Umsögn vegna frumvarps til laga um tóbaksvarnir. 388. mál.

Á fundi heilbrigðisnefndar Hafnarfjarðar- og Kópavogssvæðis þann 20. febrúar 2006 var ofangreint mál til umfjöllunar. Eftirfarandi umsögn var samþykkt:

“Heilbrigðisnefnd lýsir stuðningi sínum við frumvarpið.”

Virðingarfyllst,
f. h. heilbrigðisnefndar.


Guðmundur H. Einarsson,
frankvæmdastjóri.





HEILBRIGÐISEFTIRLIT
KJÓARSVÆÐIS

KJÓS



Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. Þ 132/820
komudagur 10.2.2006

7. febrúar 2006

**Umsögn um drög að frumvarpi til laga um tóbaksvarnir, 388. mál,
reykingabann.**

Undirritaður lýsir yfir ánægju sinni með framkomið frumvarp og vonar að það verði samþykkt á Alþingi. Með samþykkt þess verður mun auðveldara að tryggja rétt viðskiptavina, sem ekki reykja, til að vera í reyklösu umhverfi og rétt starfsmanna í veitingahúsum til reyklösu umhverfis á vinnustað.

Engar efnislegar athugasemdir eru gerðar við greinar frumvarpsins.

Virðingarfyllst

Arni Davíðsson

Arni Davíðsson
heilbrigðisfulltrúi

STARFSSVÆÐI: KJÓSARHREPPUR • MOSFELLSBÆR • SELTJARNARNES

ADSETUR: Þverholt 2, 270 Mosfellsbær • SÍMI: 525 6795 • MYNDSENDIR: 525 6799 • KENNITALA: 460290-2529

NETFÖNG: thn@mos.is og ad@mos.is • VEFUR: www.eftirlit.is



HEILBRIGÐISEFTIRLIT NORÐURLANDS EYSTRÁ

Kt. 470199-2029 · Akureyrardeild · Glerárgötu 26, 600 Akureyri · Símar: 462 4431 og 460 1184 · Fax: 461 2396 · Netfang: hne@hne.is
Húsavíkudeild · Garðarsbraut 19, 640 Húsavík · Símar: 464 2690 og 898 8340 · Fax: 464 1395 · Netfang: oggi@hne.is

Alþingi

Erindi nr. P 132/953

komudagur 22.2.2006

Akureyri, 21-02-2006

Heilbrigðis- og tryggingarnefnd Alþingis
Alþingi
150 Reykjavík

Einnig sent í tölvupósti.

Efni: Umsögn um 388. mál, frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir.

Umsögn:

Heilbrigðiseftirlit Norðurlands eystra styður fyrirhugaðar breytingar á tóbaksvarnarlögum.

Vitað er að einhverjir veitingamenn vilja þjónusta reykingamenn. Því er ólilegt að opna umræðu á þá fyrirmynd sem er í Ítalíu, Svíþjóð og Tékklandi að leyfa sérstök reykerbergi sem engin þjónusta er í. Þau verði alveg lokuð frá öðrum svæðum og með sér loftræstingu. Tryggja þarf að aðrir gestir verði ekki fyrir tóbaksmengun.

Virðingarfyllst,

f.h. Heilbrigðiseftirlits Norðurlands eystra


Valdimar Brynjólfsson
framkvæmdastjóri



Alþingi
Erindi nr. Þ 132/929
komudagur 21.2.2006

Alþingi
Elín Valdís Þorsteinsdóttir
Kirkjustræti
150 REYKJAVÍK

Selfossi, 20. febrúar 2006
0602043HS BÞ


Efni: 388. mál, reykingabann. Þingskjal 132/0470

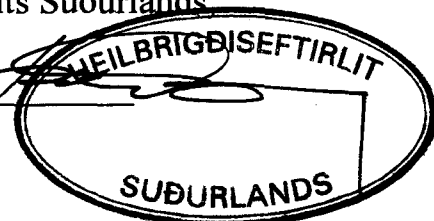
Heilbrigðiseftirlit Suðurlands hefur fengið til umsagnar frá Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál um reykingabann.

Málið var kynnt á fundi Heilbrigðisnefndar Suðurlands þann 7. febrúar sl.

Heilbrigðiseftirlit Suðurlands fagnar fram komnu frumvarpi um tóbaksvarnir og þeim framförum, sem væntanleg lög hafa í för með sér varðandi bann við tóbaksreykingum í þjónusturýmum stofnana, fyrirtækja og félagasamtaka, þ.m.t. á veitinga- og skemmtistöðum og á þeim stöðum þar sem menningar- og félagsstarfsemi fer fram. Umrætt frumvarp er í anda þeirra laga, sem heilbrigðiseftirlit sveitarfélaga hefur unnið eftir frá fyrstu tíð, þ.e. að allir eigi m.a. rétt á hreinu og ómengdu andrúmslofti.

F.h. Heilbrigðiseftirlits Suðurlands


Birgir Þórðarson
heilbrigðisfulltrúi



Alþingi
Erindi nr. Þ 132/892
komudagur 17.2.2006



Heimili og skóli
Landssamtök foreldra

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 13. febrúar 2006

**Umsögn um frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002,
um tóbaksvarnir**

Heimili og skóli fagnar framkomu frumvarpsins og gerir enga athugasemdir við það.

F.h. Heimilis og skóla

Elín Thorarensen

Elín Thorarensen, framkvæmdastjóri.

Nefndarsvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

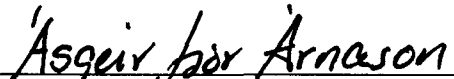
Reykjavík 8. febrúar 2006

Umsögn um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál, reykingabann.

Stjórn Hjartaheilla, landssamtaka hjartasjúklinga, styður frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir.

Hjartaheill, landssamtök hjartasjúklinga, fagnar frumvarpi þessu og telja frumvarpið kærkomið innlegg í baráttuna við tóbaksnotkun og bendir á að aldrei megi slaka á áróðri gegn reykingum því reykingar aukist strax og reglubundinn áróður hættir. Þeim peningum, sem eytt er í tóbaksvarnir, er vel varið og reyndar betur en í flest annað. Eitt dauðsfall á dag af völdum reykinga er ekki lengur ásættanlegt.

Virðingarfyllt
f.h. Hjartaheilla, landssamtaka hjartasjúklinga


Asgeir Þór Arnason, framkvæmdastjóri Hjartaheilla,
landssamtaka hjartasjúklinga.

Alþingi
Erindi nr. P 132/1033
komudagur 24.2.2006



HJARTASJÚKDÓMAFÉLAG
ÍSLENSKRA LÆKNA
ICELANDIC CARDIAC SOCIETY

Reykjavík 20. febrúar 2006

Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis
Alþingi
150 Reykjavík

Að beiðni Heilbrigðis- og trygginganefndar Alþingis hefur stjórn Hjartasjúkdómafélags íslenskra lækna tekið til umfjöllunar frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál, reykingabann.

Hjartasjúkdómafélagið gerir aths við 2. grein frumvarpsins, lið c. Félagið telur að í grein þessari ætti að kveða á um algert reykingabann á gististöðum sem og veitinga- og skemmtistöðum og að slíkt bann ætti ekki að vera háð ákvæðum reglugerðar.

Að öðru leyti hefur Hjartasjúkdómafélag íslenskra lækna engar athugasemdir fram að færa við þetta frumvarp eða einstakar greinar þess. Félagið leyfir sér að fagna sérstaklega frumvarpi þessu og telur að það stuðli að því að markmið heilbrigðisáætlunar Alþingis nái fram að ganga.

Virðingarfyllt,

f.h. Hjartasjúkdómafélgs íslenskra lækna,

Karl Andersen dr med
Formaður stjórnar



RANNSÓKNARSTÖÐ HJARTAVERNDAR

HOLTASMÁRA 1 • 201 KÓPAVOGUR • SÍMI 535 1800 • FAX 535 1801

Alþing. 132/928
Erindi nr. P/132/928
komudagur 21.2.2006

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 20. febrúar 2006
Tilv.: GS/mh

Frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002 um tóbaksvarnir

Umsögn frá Hjartavernd

Hjartavernd fagnar mjög framkomnu frumvarpi til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002 um tóbaksvarnir. Hjartavernd álitur að þetta frumvarp sem felur í sér að reykingar verði bannaðar innanhúss til verndar þeim sem vinna þar og til verndar almenningi fyrir skaðlegum áhrifum óbeinna reykinga sé mikið framfaraspör. Skaðsemi óbeinna reykinga verður ekki lengur dregin í efa með aukna áhættu sem nemur 20-50% á hjarta- og lungnasjúkdómum. Með frumvarpinu er mjög ítarleg og vel unnin greinargerð með tilvitnunum í rannsóknir sem sýnt hafa fram á skaðsemi þessa.

Hjartavernd vill einnig benda á að þar sem svipuð lög hafa verið sett hefur það leitt til 10-20% minni reykinga í heild sinni og það eitt og sér mun örugglega bjarga lífi og heilsu margra Íslendinga í framtíðinni.

Hjartavernd gerir engar athugasemdir við orðalag frumvarpsins í heild sinni og mælir eindregið með að það verði samþykkt sem fyrst og taki gildi 1. júní 2007.

Fyrir hönd Hjartaverndar,


Gunnar Sigurðsson, læknir, formaður

ÍSÍ ÍÞRÓTTA- OG ÓLYMPIÚSAMBAND ÍSLANDS
THE NATIONAL OLYMPIC AND SPORTS ASSOCIATION OF ICELAND

Íþróttamiðstöðinni Laugardal, Engjavegi 6, 104 Reykjavík,

Sími/Tel. +354 514 4000, Fax +354 514 4001, isi@isisport.is, www.isisport.is, www.olympic.is



Alþingi
Erindi nr. P 132/819
komudagur 10.2.2006

Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðis- og trygginganefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 7. febrúar 2006

Vísað er í bréf Heilbrigðis- og trygginganefndar Alþingis, dags. 6. febrúar 2006 þar sem óskað er umsgagnar ÍSÍ á frumvarpi til laga um tóbaksvarnir, 388. mál, reykingabann.

Íþróttá- og Ólympíusamband Íslands lýsir yfir stuðningi sínum við framkomið frumvarp.

Virðingarfyllst,
ÍSÍ- OG ÓLYMPIÚSAMBAND ÍSLANDS

Ellert B. Schram
forseti

Stefán Konráðsson
framkvæmdastjóri

ÓLYMPIÚFJÖLSKYLDAN



Alþingi
Erindi nr. P 132/951
komudagur 22.2.2006



Krabbameinsfélagið

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 20. febrúar 2006


**Umsögn um frumvarp til laga um breytingu á
lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir**


Stjórnir Krabbameinsfélags Íslands og Krabbameinsfélags Reykjavíkur fagna fram komnu frumvarpi og hvetja til þess að það verði samþykkt fyrir þinglok.

Það hefur verið baráttumál krabbameinssamtakanna í meira en hálfra öld að draga úr skaðsemi tóbaksreykinga með öllum tiltækum ráðum. Félagið hefur fyrir löngu bent á mikilvægi þess að reykingar verði bannaðar á veitinga- og skemmtistöðum og styður því eindregið hugmyndir heilbrigðisráðherra samkvæmt frumvarpinu.

Mikilvægt er að Ísland fylgi fordæmi margra nágrannaríkja okkar í þessum efnum. Sem dæmi má nefna að Bretar hafa nýlega ákveðið afdráttarlaust reykingabann frá og með miðju ári 2007.

Með vinsemd,


Sigurður Björnsson
formaður Krabbameinsfélag Íslands


Jóhannes Tómasson
formaður Krabbameinsfélags Reykjavíkur



Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis
b.t. Elínar Valdísar Þorsteinsdóttur nefndarritara
Alþingi við Austurvöll
150 Reykjavík

Seltjarnarnesi, 13. febrúar 2006
2006020045/91/SG/gh

Vísað er til samantektar landlæknis um skaðsemi reykinga frá 2. desember 2002 til heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Frumvarp þetta fjallar um eitt þarfasta mál til eflingar heilsu fólks, sem fram hefur komið um alllangt skeið. Frumvarpið gerir ráð fyrir banni við reykingum á almannaferi, þ.á.m. á veitinga- og skemmtistöðum auk ýmis konar annarra þjónusturýma sem skilgreind eru mjög vítt í frumvarpinu. Ákvæði laganna koma til framkvæmda þann 1. júní 2007.

Ekki á að þurfa að deila lengur um skaðsemi reykinga en í tilefni frumvarpsins og þeirrar umræðu sem orðið hefur um efni þess er nauðsynlegt að ítreka og rifja upp að tóbaksreykingar eru helsti faraldur 21. aldarinnar. Sé litið til heimsins alls er dánartala einungis vaxandi af völdum tveggja tegunda sjúkdóma, þeim er tengjast tóbaksnotkun og af völdum HIV.

Á grundvelli rannsóknar sinnar hefur Hjartavernd áætlað að tæplega 300 Íslendingar látist árlega hér á landi af völdum sjúkdóma sem rekja má beint til tóbaksreykinga. Samkvæmt upplýsingum frá Lýðheilsustöð reykja um 22% fullorðinna Íslendinga og gera má ráð fyrir að heildarfjöldi reykingamanna á Íslandi sé einhvers staðar á bilinu 30-40 þúsund. Talið er að um helmingur allra sígarettureykingamanna muni að lokum deyja vegna tóbaksnotkunar sinnar. Reykingar valda a.m.k. 80% dauðsfalla af völdum lungnakrabbameins, um það bil 80% dauðsfalla af völdum lungnaþembu og tæplega 20% allra dauðsfalla af völdum hjartasjúkdóma.

Reykingamenn sem reykja rúmlega pakka af sígarettum á dag eru í um það bil 25% meiri hættu á að deyja úr lungnakrabbameini en þeir sem ekki reykja. Sígarettureykingar auka líkur á kransæðastíflu tvö- til þrefalt miðað við þá sem ekki reykja. Konum sem reykja og nota getnaðarvarnatöflur er tíu sinnum hættara við kransæðstíflu og heilablóðfalli heldur en konum sem taka getnaðarvarnatöflur en reykja ekki.

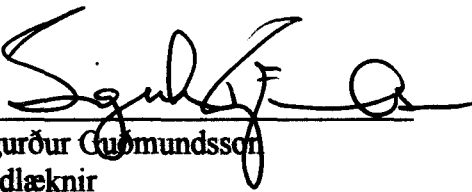
Óbeinar reykingar eru einnig verulegt vandamál og talið er að allnokkur tilvik lungnakrabbameins og hjartasjúkdóms megi rekja til þeirra og ennfremur innlagnir barna vegna ýmissa kvilla á sjúkrahús. Börn á reykingaheimilum búa við meiri hættu á sýkingum í öndunarvegi, þau fá asmaeinkenni oft og ungbarnadauði (Sudden Infant Death Syndrome) er líklegri á reykingaheimilum en öðrum. Í þessu efni má einnig minnst á nýlegar upplýsingar frá Helena, Montana í Bandaríkjunum, en þar voru reykingar bannaðar tímabundið á öllum

opinberum stöðum. Á meðan reykingabannið varði brá svo við að fjölda innlagna vegna brjóstverkja og kransæðavandamála á eina sjúkrahús bæjarins fækkaði verulega.

Þetta frumvarp miðar að tvennu; í fyrsta lagi að stemma stigu við áhrifum óbeinna reykinga, og er þar bæði horft til starfsfólks í hvers kyns þjónusturýmum, þ.á.m. veitingahúsum, og að sjálfsögðu þorra almennings sem sækir þjónustu; í öðru lagi er með frumvarpinu send mjög sterk skilaboð til samfélagsins um alvarleg áhrif reykinga á heilsufar. Í þessu er ekki fólgin meiri forræðishyggi, nema síður sé, heldur en í takmörkunum á ökuhraða, skyldunotkun bílbelta, bann við innflutningi fikniefna, refsinga vegna ofbeldis o.s.frv.

Þung rök hníga þess vegna að því að stemma stigu við reykingum og segja má, þegar litið er til lýðheilsu í heiminum öllum, að fá verkefni séu jafn brýn og að draga úr þeim. Landlæknir vill því eindregið beina því til Alþingis að umrætt frumvarp verði að lögum.

Virðingarfyllst,



Sigurður Guðmundsson
landlæknir

Alþingi nefndasvið
Elín Valdís Þorsteinsdóttir
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 22.02.2006
Tilv. 40.13
MP/gg

Umsögn um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál, reykingabann

Vísað er til bréfs Alþings frá 6. þ.m. þar sem LSH er gefinn kostur á að veita umsögn um mál 388, reykingabann, um breytingar á lögum 6/2002, um tóbaksvarnir.

Í athugasemdum við þetta frumvarp er meginmarkmið sagt vera vinnuvernd starfsmanna. Eru þessar röksemdir nánar útlistaðar í frumvarpinu og athugasemdunum.

Um langt skeið hefur verið í gildi reykingabann á Landspítala - háskólasjúkrahúsi. Er það skýr afstaða LSH að stofnunin eigi að ganga á undan með gott fordæmi.

Minna má á meginmarkmið laga 6/2002 sem er að draga úr heilsutjóni og dauðsföllum af völdum tóbaks. LSH vill vera í fararbroddi hvað tóbaksvarnir varðar og hefur sett skýr fyrirmæli um bann við reykingum að teknu tilliti til heimildarákvæðis í 10. gr. 1. 6/2002 varðandi reykingar sjúklinga. Þannig eru reykingar starfsfólks óheimilaðar og er starfandi vinnuhópur sem hefur það hlutverk að ná því markmiði að LSH verði fortakslaust reyklaus vinnustaður.

Í frumvarpinu er kveðið skýrt á um að reykingar verði óheimilar í þjónusturými stofnana og á þetta við um LSH jafnt sem aðra stofnanir/húsakynni eins og það er nánar útlistað, sbr. þó síðari málslíð 5. tl. 10. gr. laganna.

Ekki þykir ástæða til að fjalla sérstaklega um einstakar greinar frumvarpsins. Afstaða LSH er afar skýr varðandi tillögu til breytinga á lögum 6/2002, að mæla eindregið með framgangi málsins á Alþingi. LSH þykir jafnframt ástæða til að lýsa yfir ánægju með greinargerð Lýðheilsustöðvar sem fylgir frumvarpinu, sbr. fylgiskjal I, þar sem fjallað er um óbeinar reykingar og afleiðingar þeirra. Þessi greinargerð er skýr vísbending um hættuna sem er til staðar vegna óbeinna reykinga og eftir lestur hennar ætti að vera auðveldara að ná sátt um frumvarp það sem er til umfjöllunar.

Virðingarfyllst



Magnús Pétursson, forstjóri

Alþingi
Erindi nr. P 132/1064
komudagur 27. 2. 2006

Nefndasvið Alþingis (Heilbrigðis- og trygginganefnd)
Alþingi
150 Reykjavík

Reykjavík 22. febrúar 2006.

Drög að umsögn um

frumvarp til laga
um tóbaksvarnir, 388. mál, reykingabann.

Megin markmið framkomu þessa frumvarps er vinnuvernd starfsmanna með vísan til gildandi vinnuverndarlaga og tóbaksvarnalaga og vernd almennings með vísan til hratt vaxandi fjölda vísindalegra sannana fyrir því að óbeinar reykingar valdi heilsuskaða og dauðsföllum, eins og segir í kaflanum um markmið frumvarpsins. Í greinargerð um forsögu málsins er bent á að í áranna rás hafi íslensk stjórnvöld verið í fararbroddi í heiminum í lagasetningu og forvörnum á sviði tóbaksvarna og því er að mati LEB lítil ástæða til að dragast aftur úr öðrum þjóðum í þessum efnum.

Stjórn Landssambands eldri borgara hefur fjallað um frumvarpið per capsulam og lýsir yfir fullum stuðningi sínum við frumvarpið. Skaðsemi reykinga dregur verulega úr langlífi þeirra sem reykja og nú eru sett fram verulega sláandi niðurstöður um skaðsemi óbeinna reykinga. Lífsgæði eldri borgara aukast verulega þegar áhrif reykinga á tilveru þeirra hverfa.

Virðingarfyllst

Ólafur Ólafsson, frmaður LEB

Borgþór S. Kjærnested, framkv.stj.LEB

Rangfærslur um tengsl óbeinna reykinga og lungnakrabbameins

Í kjölfar þess að lagt var fram á Alþingi frumvarp um breytingar á lögum um tóbaksvarnir hefur ein einstök rannsókn, sem unnin var á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) og birt árið 1998, verið talsvert til umræðu. Því hefur verið haldið fram að rannsóknin leiði í ljós að ekki séu tengsl milli óbeinna reykinga og lungnakrabbameins og reynt hefur verið að gera tortryggilegt að niðurstöðum þessarar rannsóknar sé ekki hampað nægilega í greinargerð Lýðheilsustöðvar sem er fylgiskjal með frumvarpinu. Í ljósi hinnar miklu umræðu þykir rétt að leiðrétta þennan misskilning og jafn framt birta fréttatilkynningu frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni um rannsóknina frá árinu 1998, en tilkynningin var andsvar stofnunarinnar við sambærilegum mistúlkunum og þeim sem hafa verið að birtast hér á landi.

Hið rétta í málinu er að umrædd rannsókn sýnir fram á veik tengsl óbeinna reykinga og lungnakrabbameins en þó ekki tölfræðilega marktæk (til þess er úrtakið ekki nógu stórt). Ástæða þess að ekki er minnst á þessa rannsókn í greinargerðinni er að um 50 faraldsfræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar á þessu sviði á síðustu 25 árum og vísað er í samantekt úr öllum þessum rannsóknum í greinargerðinni. Þar á meðal er umrædd rannsókn. Þessi umrædda rannsókn er því aðeins ein af fjölmörgum rannsóknum á sambandi óbeinna reykinga og lungnakrabbameins. Auk faraldsfræðilegra rannsókna hafa verið gerðar rannsóknir á dýrum, mælingar á eiturefnum og líffræðilegar rannsóknir. Þegar niðurstöður allra þessara rannsókna eru teknar saman, þar með talin umrædd rannsókn á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, kemur skýrt í ljós að óbeinar reykingar („exposure to second hand smoke”) eru krabbameinsvaldandi („carcinogenic”). Þessari einu rannsókn Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar hefur síður en svo verið stungið undir stól, heldur hafa niðurstöður hennar verið teknar með í tölfræðútreikninga og frekar styrkt samband óbeinna reykinga og lungnakrabbameins, þar sem niðurstöðurnar hnigu í sömu átt og fjölda annarra rannsókna, án þess þó að vera tölfræðilega marktækar.

Tengillinn hér fyrir neðan vísar á Monograph 83 (Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans) þar sem Krabbameinsrannsóknastofnun WHO (IARC) dregur saman niðurstöður rannsókna um óbeinar reykingar og tengsl þeirra við krabbamein: <http://www-cie.iarc.fr/htdocs/indexes/vol83index.html>

Fréttatilkynning WHO/29

9. mars 1998

**ÓBEINAR TÓBAKSREYKINGAR VALDA
LUNGNAKRABBAMEINI, LÁTID EKKI BLEKKJAST**

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur opinberlega verið sökuð um að leyna upplýsingum. Andstæðingar stofnunarinnar halda því fram að hún hafi stungið undir stól skýrslu sem ætlað var að sanna vísindalega að tengsl væru á milli óbeinna reykinga eða tóbaksreyks í umhverfi (ETS) og ýmissa sjúkdóma, einkum þó lungnakrabbameins. Er því haldið fram að ekki hafi tekist að sanna það. *Báðar fullyrðingarnar eru rangar.*

Umrædd rannsókn er tilfella-viðmiðuð rannsókn („case control study“) á áhrifum óbeinna reykinga á líkur á lungnakrabbameini hjá evrópskum þjóðum, sem 12 rannsóknamiðstöðvar í sjö Evrópulöndum hafa unnið að undanfarið sjö ár, undir yfirumsjón Krabbameinsrannsóknastofnunar WHO (IARC).

Í fréttáflutningi undanfarið hafa niðurstöður rannsóknarinnar verið algjörlega rangtúlkaðar en þeim ber að mestu saman við niðurstöður úr sambærilegum rannsóknum bæði í Evrópu og víðar: *Óbeinar reykingar valda lungnakrabbameini hjá fólki sem ekki reykir.*

Í rannsókninni kom fram að ætla megi að líkur aukist um 16% á lungnakrabbameini hjá reyklusum ef makar þeirra reykja. Ætla má að aukningin sé um 17% hjá þeim sem búa við óbeinar reykingar á vinnustað. Úrtakið var hins vegar það lítið að hvorug niðurstaðan var tölfræðilega marktæk. Rannsóknin bendir þó til þess að það dragi úr áhættunni þegar óbeinar reykingar eru ekki lengur til staðar.

Skýrsla um rannsóknina sjálfa var í febrúar 1998 send til viðurkennds vísindatímarits með það fyrir augum að fagfólk yfirfæri hana og gagnrýndi, eins og venja er. Vegna þessa er skýrslan í heild sinni ekki enn opinberlega aðgengileg (í mars 1998). Í ljósi ofangreindra aðstæðna hafa höfundar skýrslunnar þó tekið þá ákvörðun að útbúa útdrátt úr skýrslunni ætlaðan fjölmiðlum.

«Afar mikilvægt er að gera sér grein fyrir að niðurstöður rannsókna þessarar eru í fullu samræmi við helstu vísindalegar rannsóknir á málefnum sem yfirvöld í Ástralíu, Umhverfisverndarstofnun Bandaríkjanna og Kaliforníuríki gáfu út árið 1997,» sagði Neil Collishaw, settur yfirmaður tóbaks- og heilbrigðisdeildar WHO í Genf. «Breska læknatímaritið British Medical Journal birti einnig umfangsmikla eftirgreiningu á tengslum óbeinna reykinga og lungnakrabbameins árið 1997. Bæði þessi rannsókn og fyrri greiningar á vísindalegum gögnum hafa leitt til ótvívæðs samhljóða álits um heim allan: óbeinar reykingar valda lungnakrabbameini og öðrum sjúkdómum,» bætti hann við.

«Krabbameinsrannsóknastofnun WHO er stolt af þeim vísindalegu rannsóknum sem þessir evrópsku vísindamenn hafa staðið að,» sagði dr. Paul Kleihues, forstjóri stofnunarinnar. «Við höfum miklar áhyggjur af röngum og villandi yfirlýsingum sem nýlega hafa komið fram í fjölmiðlum. Það er engin tilviljun að þessar röngu upplýsingar komu fyrst fram í breskum blöðum rétt fyrir reyklusu daginn í Bretlandi og um það leyti sem áformað var að gefa út skýrslu bresku vísindanefndarinnar um tóbak og áhrif þess á heilbrigði.»

Allar fréttatilkynningar WHO, upplýsingablöð og greinar er hægt að kynna sér, ásamt öðrum gögnum um þetta málefni, á vefsetri WHO, <http://www.who.ch>

Fréttatilkynningin á ensku er hér: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-29.html>

Vísindagreininna, sem birt var úr umræddri rannsókn, má lesa hér:

<http://jncicancerspectrum.oxfordjournals.org/cgi/reprint/jnci;90/19/1440.pdf>

INVOLUNTARY SMOKING (Group 1)

For definition of groups, see Preamble.

VOL.: 83 (2002)

5. Summary of Data Reported and Evaluation

5.1 Exposure data

Involuntary (or passive) smoking is exposure to secondhand tobacco smoke, which is a mixture of exhaled mainstream smoke and sidestream smoke released from the smouldering cigarette or other smoking device (cigar, pipe, bidi, etc.) and diluted with ambient air. Involuntary smoking involves inhaling carcinogens, as well as other toxic components, that are present in secondhand tobacco smoke. Secondhand tobacco smoke is sometimes referred to as 'environmental' tobacco smoke. Carcinogens that occur in secondhand tobacco smoke include benzene, 1,3-butadiene, benzo [*a*]pyrene, 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone and many others.

Secondhand tobacco smoke consists of a gas phase and a particulate phase; it changes during its dilution and distribution in the environment and upon ageing. The concentrations of respirable particles may be elevated substantially in enclosed spaces containing secondhand tobacco smoke. The composition of tobacco smoke inhaled involuntarily is variable quantitatively and depends on the smoking patterns of the smokers who are producing the smoke as well as the composition and design of the cigarettes or other smoking devices. The secondhand tobacco smoke produced by smoking cigarettes has been most intensively studied.

Secondhand tobacco smoke contains nicotine as well as carcinogens and toxins. Nicotine concentrations in the air in homes of smokers and in workplaces where smoking is permitted typically range on average from 2 to 10 micrograms/m³.

5.2 Human carcinogenicity data

Lung cancer

Involuntary smoking involves exposure to the same numerous carcinogens and toxic substances that are present in tobacco smoke produced by active smoking, which is the principal cause of lung cancer. As noted in the previous *IARC Monograph* on tobacco smoking, this implies that there will be some risk of lung cancer from exposure to secondhand tobacco smoke.

More than 50 studies of involuntary smoking and lung cancer risk in never-smokers, especially spouses of smokers, have been published during the last 25 years. These studies have been carried out in many countries. Most showed an increased risk, especially for persons with higher exposures. To evaluate the information collectively, in particular from those studies with a limited number of cases, meta-analyses have been conducted in which the relative risk estimates from the individual studies are pooled together. These meta-analyses show that there is a statistically significant and consistent association between lung cancer risk in spouses of smokers and exposure to secondhand tobacco smoke from the spouse who smokes. The excess risk is of the order of 20% for women and 30% for men and remains after controlling for some potential sources of bias and confounding. The excess risk increases with increasing exposure. Furthermore, other published meta-analyses of lung cancer in never-smokers exposed to secondhand tobacco smoke at the workplace have found a statistically significant increase in risk of 12–19%. This evidence is sufficient to conclude that involuntary smoking is a cause of lung cancer in never-smokers. The magnitudes of the observed risks are reasonably consistent with predictions based on studies of active smoking in many

populations.

Breast cancer

The collective evidence on breast cancer risk associated with involuntary exposure of never-smokers to tobacco smoke is inconsistent. Although four of the 10 case-control studies found statistically significant increases in risks, prospective cohort studies as a whole and, particularly, the two large cohort studies in the USA of nurses and of volunteers in the Cancer Prevention Study II provided no support for a causal relation between involuntary exposure to tobacco smoke and breast cancer in never-smokers. The lack of a positive dose-response also argues against a causal interpretation of these findings. Finally, the lack of an association of breast cancer with active smoking weighs heavily against the possibility that involuntary smoking increases the risk for breast cancer, as no data are available to establish that different mechanisms of carcinogenic action operate at the different dose levels of active and of involuntary smoking.

Childhood cancer

Overall, the findings from studies of childhood cancer and exposure to parental smoking are inconsistent and are likely to be affected by bias. There is a suggestion of a modest association between exposure to maternal tobacco smoke during pregnancy and childhood cancer for all cancer sites combined; however, this is in contrast with the null findings for individual sites. Studies on paternal tobacco smoking suggest a small increased risk for lymphomas, but bias and confounding cannot be ruled out.

Other cancer sites

Data are conflicting and sparse for associations between involuntary smoking and cancers of the nasopharynx, nasal cavity, paranasal sinuses, cervix, gastrointestinal tract and cancers at all sites combined. It is unlikely that any effects are produced in passive smokers that are not produced to a greater extent in active smokers or that types of effects that are not seen in active smokers will be seen in passive smokers.

5.3 Animal carcinogenicity data

Secondhand tobacco smoke for carcinogenicity studies in animals is produced by machines that simulate human active smoking patterns and combine mainstream and sidestream smoke in various proportions. Such mixtures have been tested for carcinogenicity by inhalation studies in rodents. The experimental model systems for exposure to secondhand tobacco smoke do not fully simulate human exposures, and the tumours that develop in animals are not completely representative of human cancer. Nevertheless, the animal data provide valuable insights regarding the carcinogenic potential of secondhand tobacco smoke.

A mixture of 89% sidestream smoke and 11% mainstream smoke has been tested for carcinogenic activity in mouse strains that are highly susceptible to lung tumours (strains A/J and Swiss). In strain A/J mice, this mixture consistently produces a significant, modest increase in lung tumour incidence and lung tumour multiplicity when the mice are exposed for 5 months followed by a 4-month recovery period. These lung tumours are predominantly adenomas. Continuous exposure of strain A/J mice to the above mixture of mainstream and sidestream tobacco smoke for 9 months with no recovery period did not increase the incidence of lung tumours. In Swiss strain mice, the same mixture induced lung tumours by both protocols, i.e. when the animals were exposed for 5 months followed by a 4-month recovery period and when they were exposed continuously for 9 months with no recovery period. In addition, exposure of Swiss mice to the tobacco smoke mixture for a shorter period was sufficient to induce lung tumours.

Condensates of sidestream and of mainstream cigarette smoke have been tested for carcinogenicity. Both kinds of condensates produced a spectrum of benign and malignant skin tumours in mice following topical application, and the sidestream condensate exhibited higher carcinogenic activity. Sidestream smoke condensate was shown to produce a dose-dependent increase in lung tumours in rats following implantation into the lungs.

Increased relative risks for lung and sinonasal cancer have been reported in companion animals (dogs) exposed to secondhand tobacco smoke in homes.

5.4 Other relevant data

Involuntary smoking has been associated with a number of non-neoplastic diseases and adverse effects in never-smokers, including both children and adults. Epidemiological studies have demonstrated that exposure to secondhand tobacco smoke is causally associated with coronary heart disease. From the available meta-analyses, it has been estimated that involuntary smoking increases the risk of an acute coronary heart disease event by 25–35%. Adverse effects of involuntary smoking on the respiratory system have also been detected. In adults, the strongest evidence for a causal relation exists for chronic respiratory symptoms. Some effects on lung function have been detected, but their medical relevance is uncertain.

Data on the hormonal and metabolic effects of involuntary smoking are sparse. However, female involuntary smokers do not appear to weigh less than women who are not exposed to secondhand tobacco smoke, a pattern that contrasts with the findings for active smoking. No consistent association of maternal exposure to secondhand smoke with fertility or fecundity has been identified. There is no clear association of passive smoking with age at menopause.

Maternal cigarette smoking has repeatedly been associated with adverse effects on fetal growth; full-term infants born to women who smoke weigh about 200 g less than those born to nonsmokers. A smaller adverse effect has been attributed to maternal passive smoking.

Cotinine, and its parent compound nicotine, are highly specific for exposure to secondhand smoke. Because of its favourable biological half-life and the sensitivity of techniques for quantifying it, cotinine is currently the most suitable biomarker for assessing recent exposure to secondhand tobacco smoke uptake and metabolism in adults, children and newborns.

Several studies in humans have shown that concentrations of adducts of carcinogens to biological macromolecules, including haemoglobin adducts of aromatic amines and albumin adducts of polycyclic aromatic hydrocarbons, are higher in adult involuntary smokers and in the children of smoking mothers than in individuals not exposed to secondhand tobacco smoke. Protein adduct concentrations in fetal cord blood correlate with those in maternal blood but are lower. Fewer studies have investigated DNA adduct levels in white blood cells of exposed and unexposed nonsmokers, and most studies have not shown clear differences.

In studies of urinary biomarkers, metabolites of the tobacco-specific carcinogen, 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone, have been found to be consistently elevated in involuntary smokers. Levels of these metabolites are 1–5% as great as those found in smokers. The data demonstrating uptake of 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone, a lung carcinogen in rodents, by nonsmokers are supportive of a causal link between exposure to secondhand tobacco smoke and development of lung cancer.

The exposure of experimental animals, primarily rodents, to secondhand tobacco smoke has several biological effects that include (i) increases or decreases in the activity of phase I enzymes involved in carcinogen metabolism; (ii) increased expression of nitric oxide synthase, xanthine oxidase and various protein kinases; (iii) the formation of smoke-related DNA adducts in several tissues; and (iv)

the presence of urinary biomarkers of exposure to tobacco smoke.

In adult experimental animals, sidestream tobacco smoke has been found to produce changes that are similar to those observed with exposure of humans to secondhand tobacco smoke. These include inflammatory changes in the airways and accelerated formation of arteriosclerotic plaques. Although the changes are often comparatively minor and require exposure to rather elevated concentrations of sidestream smoke, they support the results of human epidemiological studies. During pre- and postnatal exposure, sidestream smoke produces intrauterine growth retardation, changes the pattern of metabolic enzymes in the developing lung, and gives rise to hyperplasia of the pulmonary neuroendocrine cell population. In addition, it adversely affects pulmonary compliance and airway responsiveness to pharmacological challenges.

In humans, involuntary smoking is associated with increased concentrations of mutagens in urine. Some studies have shown a correlation of urinary mutagenicity with concentrations of urinary cotinine. Increased levels of sister chromatid exchanges have not been observed in involuntary smokers; however, there is some indication of elevated levels in exposed children. Lung tumours from nonsmokers exposed to tobacco smoke contain *TP53* and *KRAS* mutations that are similar to those found in tumours from smokers. The genotoxicity of sidestream smoke, 'environmental' tobacco smoke, sidestream smoke condensate or a mixture of sidestream and mainstream smoke condensates has been demonstrated in experimental systems *in vitro* and *in vivo*.

5.5 Evaluation

There is *sufficient evidence* that involuntary smoking (exposure to secondhand or 'environmental' tobacco smoke) causes lung cancer in humans.

There is *limited evidence* in experimental animals for the carcinogenicity of mixtures of mainstream and sidestream tobacco smoke.

There is *sufficient evidence* in experimental animals for the carcinogenicity of sidestream smoke condensates.

In addition, the Working Group noted that there are published reports on possible carcinogenic effects of secondhand tobacco smoke in household pet dogs.

Overall evaluation

Involuntary smoking (exposure to secondhand or 'environmental' tobacco smoke) is *carcinogenic to humans (Group 1)*.

For definition of the italicized terms, see Preamble.

ARTICLES

Multicenter Case-Control Study of Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Lung Cancer in Europe

Paolo Boffetta, Antonio Agudo, Wolfgang Ahrens, Ellen Benhamou, Simone Benhamou, Sarah C. Darby, Gilles Ferro, Cristina Fortes, Carlos A. Gonzalez, Karl-Heinz Jöckel, Martin Krauss, Lothar Kreienbrock, Michaela Kreuzer, Anabela Mendes, Franco Merletti, Fredrik Nyberg, Göran Pershagen, Hermann Pohlabein, Elio Riboli, Giovanni Schmid, Lorenzo Simonato, Jean Trédaniel, Elise Whitley, Heinz-Erich Wichmann, Carlos Winck, Paola Zambon, Rodolfo Saracci

Background: An association between exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and lung cancer risk has been suggested. To evaluate this possible association better, researchers need more precise estimates of risk, the relative contribution of different sources of ETS, and the effect of ETS exposure on different histologic types of lung cancer. To address these issues, we have conducted a case-control study of lung cancer and exposure to ETS in 12 centers from seven European countries. **Methods:** A total of 650 patients with lung cancer and 1542 control subjects up to 74 years of age were interviewed about exposure to ETS. Neither case subjects nor control subjects had smoked more than 400 cigarettes in their lifetime. **Results:** ETS exposure during childhood was not associated with an increased risk of lung cancer (odds ratio [OR] for ever exposure = 0.78; 95% confidence interval [CI] = 0.64–0.96). The OR for ever exposure to spousal ETS was 1.16 (95% CI = 0.93–1.44). No clear dose-response relationship could be demonstrated for cumulative spousal ETS exposure. The OR for ever exposure to workplace ETS was 1.17 (95% CI = 0.94–1.45), with possible evidence of increasing risk for increasing duration of exposure. No increase in risk was detected in subjects whose exposure to spousal or workplace ETS ended more than 15 years earlier. Ever exposure to ETS from other sources was not associated with lung cancer risk. Risks from combined exposure to spousal and workplace ETS were higher for squamous cell carcinoma and small-cell carcinoma than for adenocarcinoma, but the differences were not statistically significant. **Conclusions:** Our results indicate no association between childhood exposure to ETS and lung cancer risk. We did find weak evidence of a dose-response relationship between risk of lung cancer and exposure to spousal and workplace ETS. There was no detectable risk after cessation of exposure. [J Natl Cancer Inst 1998;90:1440–50]

During the last 15 years, epidemiologic studies have been conducted on the association between exposure to environmen-

tal tobacco smoke (ETS) and lung cancer. Several authors and regulatory agencies have concluded that a causal link has been established [e.g., see (1–3)], whereas some authors consider that bias and confounding factors constitute a plausible explanation for the observed association [e.g., see (4)]. The available studies are—in most cases—too small to adequately assess the magnitude of the effect and to address specific aspects, such as the shape of the dose-response relationship, the effect of cessation of exposure, the importance of multiple sources of ETS exposure, and the interaction of ETS exposure with other risk factors of lung cancer. Furthermore, relatively few studies of such exposure are available from Europe (5–10). Characteristic of tobacco smoking in European countries are the mixed consumption of blond and black tobacco cigarettes (11) and the low prevalence—at least in the past—of smoking among women compared with men (12).

Affiliations of authors: P. Boffetta, G. Ferro, E. Riboli, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France; A. Agudo, C. A. Gonzalez, Institute for Epidemiological and Clinical Research, Maturó, Spain; W. Ahrens, Institute for Medical Informatics, Biometry and Epidemiology, Essen, Germany, and Bremen Institute for Prevention Research, Germany; E. Benhamou, Gustave Roussy Institute, Paris, France; S. Benhamou, National Institute of Health and Medical Research, Paris; S. C. Darby, E. Whitley, Imperial Cancer Research Fund, Oxford, U.K.; C. Fortes, Epidemiology Unit Latium Region, Rome, Italy; K.-H. Jöckel, Institute for Medical Informatics, Biometry and Epidemiology, Essen; M. Krauss, International Agency for Research on Cancer, Lyon, and GSF Institute for Epidemiology, Munich, Germany; L. Kreienbrock, M. Kreuzer, H.-E. Wichmann, GSF Institute for Epidemiology, Munich; A. Mendes, Regional Health Administration, Lisbon, Portugal; F. Merletti, Unit of Cancer Epidemiology, University of Turin, Italy; F. Nyberg, G. Pershagen, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; H. Pohlabein, Bremen Institute for Prevention Research; G. Schmid, Forlani Hospital, Rome, Italy; L. Simonato, P. Zambon, Venetian Cancer Registry, Padua, Italy; J. Trédaniel, St. Louis Hospital, Paris, France; C. Winck, Hospital Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal; R. Saracci, International Agency for Research on Cancer, Lyon, and National Research Council, Pisa, Italy.

Correspondence to: Paolo Boffetta, M.D., M.P.H., International Agency for Research on Cancer, 150 cours Albert-Thomas, 69372 Lyon cedex 08, France (e-mail: boffetta@iarc.fr).

See "Notes" following "References."

© Oxford University Press

Since 1988, the International Agency for Research on Cancer (IARC) has coordinated an international, multicenter, case-control study of lung cancer in nonsmokers. The main objective of this study was to provide an estimate of the risk of lung cancer from exposure to ETS in western European populations that would be more precise than estimates available at that time. Secondary objectives of the study were to address more detailed aspects of the association between ETS and lung cancer and to study the role of factors other than ETS in lung carcinogenesis in nonsmokers. The study was designed originally to have a statistical power of 80% to detect a relative risk of 1.3 (at a 5% level of statistical significance) for an exposure with a prevalence of 40% and a control-to-case subject ratio of 2 (required number of case subjects, 572). Herein, we report the principal findings of this study. Results of a study from Sweden that partially overlaps with ours have been published recently (13). Detailed results of our multicenter study, stratified by sex, age, center, and histologic type, are available from IARC¹.

SUBJECTS AND METHODS

Twelve centers from seven European countries participated in a multicenter, case-control study of lung cancer in never smokers—Germany 1 (Bremen and Frankfurt metropolitan areas), Germany 2 (parts of North Rhine-Westphalia, Eifel, and Saarland), Germany 3 (Thuringia and Saxony), Sweden (Stockholm county), U.K. (Devon and Cornwall), Spain (Barcelona metropolitan area), Italy 1 (Turin), Italy 2 (five areas in the Veneto region), Italy 3 (patients from one hospital in Rome), France (patients from 12 hospitals, of which nine are in Paris), Portugal 1 (patients from three hospitals in Lisbon), and Portugal 2 (patients from one hospital in Vila Nova de Gaia (Porto)).

Details of the study design varied among the centers. The period of enrollment of case and control subjects was from 1988 to 1994. The most important difference in the study design among the centers was the selection of control subjects. Control subjects were hospital based in the centers from France, Portugal, Spain, and one of the Italian centers (Italy 3); control subjects were both hospital and community based in the center from the U.K.; and control subjects were community based in the other centers. Community-based control subjects were selected from population registers. The diagnoses of hospital-based control subjects varied among the centers, but patients with smoking-related diseases were excluded from the control series in all centers. There were minor differences among centers in terms of age restriction and diagnostic criteria for case eligibility. Some centers had no age restriction, whereas other centers excluded subjects aged 75 years or older. This combined analysis is restricted to case and control subjects up to age 74 years. Smokers were studied in all but the Portuguese centers. In selected centers, case subjects without a histologic or a cytologic diagnosis were also included.

Case and control subjects were interviewed by use of a common questionnaire designed to gather details on ETS exposure during childhood and during adulthood at home, at the workplace, in vehicles, and in public places. The questionnaire had been developed on the basis of the results of a study on urinary cotinine levels and ETS exposure (14). The common questionnaire also included sections on demographic variables, residential history (including a history of the subject's cooking and heating arrangements), and exposure to known and suspected occupational lung carcinogens (15). In addition, the centers from Germany, Sweden, Spain, the U.K., France, and one center from Italy collected information on dietary habits—from which were derived indicators of intake of vegetables, fruits, β -carotene, total carotenoids, and retinol.

A screening questionnaire was used to determine the history of smoking by case and control subjects, and emphasis was placed on quantifying occasional smoking. Only those subjects who reported that they had not smoked more than 400 cigarettes during their life were eligible for this study. In three of the centers, a parallel study was carried out to validate the never-smoking status of the index subject. This validation was done by interviewing independently a next of kin on his or her smoking habits and those of the index subject.

Quantitative variables used for childhood ETS exposure (exposure up to age 18 years) included the number of smokers in the household and the cumulative exposure—expressed as the number of years of exposure weighted for the type

of smoker [mother = 1, father = 0.75, and other adults = 0.25; these weights were based on studies of urinary cotinine concentrations in children (16)]. Quantitative variables of exposure to ETS from the spouse within marriage as well as from other cohabitants, such as partners and roommates, included the following: 1) the total number of years of exposure, denoted as duration (in years); 2) the product of the number of years and the number of hours per day of exposure, denoted as duration (in hours/day \times years); 3) the average number of cigarettes smoked per day by the spouse in the presence of the index subject; and 4) the cumulative exposure, expressed as pack-years and derived from the product of variables 1 and 3 listed above. Spousal cigar and pipe smoke represented a small fraction of total spousal ETS; the variables described above included exposure to all types of tobacco products, expressed as cigarette-equivalents after applying a weight of 2 to cigarillos and 3 to cigars and pipes (17). In preliminary analyses, the use of variables restricted to exposure to cigarette smoke yielded results very similar to those based on the use of variables combining all types of tobacco products. The analysis on spousal ETS exposure was repeated 1) after restriction to subjects ever married and 2) after taking into account also ETS of cohabitants other than the spouse. Quantitative variables for workplace ETS exposure were as follows: 1) the total number of years of exposure and 2) the total number of years of exposure weighted for the number of hours of exposure per day and for a subjective index of smokiness of the workplace. We also derived indicators of duration of exposure and time since cessation of exposure to either spousal or workplace ETS.

For each source of ETS exposure, case and control subjects who were never exposed to ETS from that source comprised the reference category. For each parameterization of ETS exposure, exposed subjects were divided into three categories, defined by the 75th and 90th percentiles of the distribution among control subjects. The choice of the cut point at the 75th percentile was based on the results of a urinary cotinine study conducted in Germany and Poland, which showed a smaller degree of misclassification in the highest quartile compared with the three lowest quartiles of the distribution (18). We performed two-tailed tests for linear trends by testing the significance of the regression parameter of a trend variable that also included the reference category. The trend variable assumed the values corresponding to the median of each exposure category among control subjects.

Logistic regression modeling was the main method chosen for the statistical analysis. In some centers control subjects were individually matched to case subjects on sex and age, whereas in other centers frequency matching was the strategy of choice. Individual matching of case and control subjects requires the fitting of conditional regression models, whereas lack of individual matching permits the use of unconditional modeling (19). The results obtained by use of unconditional logistic regression for all centers and a combination of conditional logistic regression for centers with individual matching and unconditional logistic regression for the other centers (20) were compared. The basic regression model comprised—in addition to the exposure variables of interest—terms for sex, 10-year age groups, center, and the interaction between sex and center. The inclusion of the interaction terms resulted in an improvement of the goodness of fit of most of the regression models. Additional terms—entered into the regression models as potential confounders—were educational level (as a variable with three categories based on center-specific cut points), proportion of life spent in urban area, occupational exposure to lung carcinogens, and intake of vegetables, β -carotene, total carotenoids, and retinol.

The statistical significance of the difference among the center-specific results was evaluated by a comparison of the deviance of the basic regression model and that of an expanded model containing the interaction term between exposure and center. Additional analyses were performed after case and control subjects were divided according to 1) sex, 2) histologic type of cancer (squamous cell carcinoma, small-cell carcinoma, adenocarcinoma, and other, mixed and undefined histologic types), 3) whether subjects spent more than 75% of their life in urban or in rural areas, and 4) source of control subjects (centers with hospital-based and with population-based control subjects).

RESULTS

The database for the analysis contained 650 patients with lung cancer, of whom 627 (96.5%) had microscopically confirmed disease, and 1542 control subjects. The response rate for the centers ranged from 55% to more than 95%, with the exception of three centers (Germany 2, Germany 3, and Portugal 2)

in which the response rate among control subjects was lower than 50%. Two of the German centers and the centers in Sweden, France, and Spain contributed the largest numbers of case subjects (Table 1). Of the case subjects and the control subjects, 21.7% and 34.4%, respectively, were men. The distribution of age was very similar among case and control subjects: The mean age was 58 years in male case subjects and 59 years in male control subjects; the corresponding value for both female case and control subjects was 62 years. Adenocarcinoma was the most common histologic type (51.2% of case subjects), whereas squamous cell carcinoma accounted for 16.8% and small-cell carcinoma for 10.8% of case subjects.

In a comparison between the unconditional and the mixed conditional/unconditional approaches for multivariate logistic regression, the results were very similar for most of the variables analyzed (Fig. 1). In the following sections, only results based on unconditional regression modeling are reported.

Childhood Exposure to ETS

A total of 389 case subjects and 1021 control subjects reported ever having been exposed to ETS during childhood, for an overall odds ratio (OR) of 0.78 (95% CI = 0.64–0.96) (Table 2). In all but three centers, the OR was below 1.0 (Fig. 2, A). The *P* value of the test for heterogeneity among centers was .49. Subjects' fathers were more likely to be smokers than subjects' mothers. The risk estimate was similar for exposure to ETS from the father and the mother; the estimated OR for exposure to ETS from the father was 0.76 (95% CI = 0.61–0.94), whereas that for exposure to ETS from the mother was 0.92 (95% CI = 0.57–1.49). There was no trend in risk according to number of smokers in the household, and there was a decreasing trend

according to cumulative exposure, expressed either as smoker-years or weighted smoker-years (Table 2). The risk of lung cancer from exposure to ETS during childhood was similar in men and women. No pattern emerged according to age at diagnosis or histologic type of lung cancer.

Results similar to those based on the whole study population, although more unstable because of small numbers in the various categories, were obtained after exclusion of men (Table 2) or subjects who reported exposure to ETS during adulthood. When exposure to ETS in childhood was subdivided into two periods—from birth (age 0 years) to 10 years and from age 11 years to 18 years—to take into account the different status of the growth of the lung, the results for either period were similar to those for childhood overall.

Exposure to ETS From the Spouse

The ORs for subjects who were ever married to a smoker were 1.27 (95% CI = 1.00–1.62) in the overall population, 1.20 (95% CI = 0.92–1.55) among women, and 1.65 (95% CI = 0.85–3.18) among men. A related variable, self-reported exposure to spousal smoke, was used as the main indicator for this source of ETS; 344 case subjects and 700 control subjects reported ever having had such exposure, yielding an OR of 1.16 (95% CI = 0.93–1.44) (Table 3). The 12 centers in the study showed some heterogeneity in the risk estimate for this variable, with an OR higher than 1.5 in four centers and an OR lower than 0.7 in one center. The tests of heterogeneity performed on center-specific results, however, did not suggest significant differences (*P* = .42). The exclusion of case and control subjects who were never married reduced the study population by about 24%, but it did not materially affect the results (OR for ever exposure to spousal smoke = 1.18; 95% CI = 0.92–1.51). Most of the exposure came from cigarettes; 12 case subjects and 27 control subjects were exposed to ETS from cigar and pipe only.

There was an increasing risk of lung cancer with increasing duration (in hours/day × years) of exposure (Table 3), whereas only weak evidence of a trend emerged for cumulative exposure; no trend was present for duration of exposure (in years) and for average exposure (cigarettes/day). When we repeated the test for trend without the reference category, the *P* values were .004 for duration (in hours/day × years) of exposure and .07 for cumulative exposure. These results were similar, although less precise, when the analysis was restricted to women (Table 3).

The analysis by type of tobacco product smoked by the spouse was hampered by the small number of case and control subjects who reported exposure to smoke from cigar and pipe only. The OR in this group was 0.84 (95% CI = 0.41–1.73), whereas the ORs for ever exposure to ETS from cigarettes were similar to those for ever exposure to ETS from any type of tobacco product.

Other potential risk factors of lung cancer exerted only a minor confounding effect on the association between exposure to spousal smoke and lung cancer. As an example, the OR for ever exposure to spousal ETS (1.16 [95% CI = 0.93–1.44], Table 3) was modified to 1.18 (95% CI = 0.94–1.46) after further adjustment for exposure to suspected or known occupational lung carcinogens, to 1.15 (95% CI = 0.91–1.45) after adjustment for urban, rural, or mixed urban and rural residence

Table 1. Selected characteristics of case and control subjects

	Case subjects (n = 650)		Control subjects (n = 1542)	
	No.	%	No.	%
Study center				
Sweden	70	10.8	112	7.3
Germany 1	76	11.7	229	14.9
Germany 2	142	21.8	163	10.6
Germany 3	31	4.8	52	3.4
U.K.	26	4.0	140	9.1
France	77	11.8	151	9.8
Portugal 1	49	7.5	39	2.5
Portugal 2	33	5.1	53	3.4
Spain	71	10.9	159	10.3
Italy 1	40	6.2	221	14.3
Italy 2	19	2.9	173	11.2
Italy 3	16	2.5	50	3.2
Sex				
Female	509	78.3	1011	65.6
Male	141	21.7	531	34.4
Age, y				
<55	165	25.4	361	23.4
55–64	210	32.3	552	35.8
65–74	275	42.3	629	40.8
Histologic type				
Squamous cell carcinoma	109	16.8	—	—
Adenocarcinoma	333	51.2	—	—
Small-cell carcinoma	70	10.8	—	—
Other histologic type	115	17.7	—	—
Unknown	23	3.5	—	—

Fig. 1. Results of comparisons of exposure to environmental tobacco smoke for childhood, spouse, workplace, and spouse or workplace, by use of two different approaches: (1) unconditional logistic regression adjusted for age and for interaction between sex and center and (2) combination of unconditional logistic regression in centers without individual matching and conditional logistic regression stratified on the matched sets in centers with individual matching.

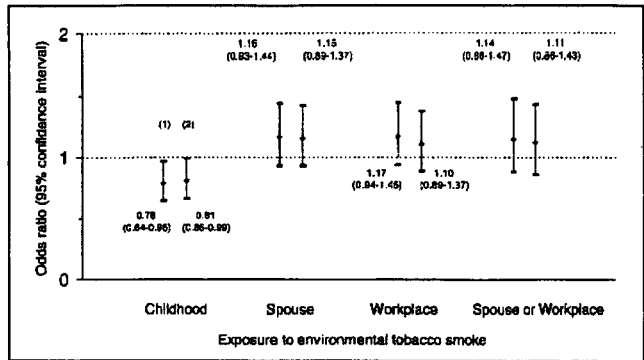


Table 2. Odds ratios of lung cancer from exposure to environmental tobacco smoke during childhood

	All subjects*				Women*					
	Case subjects	Control subjects	OR	95% CI	P for trend†	Case subjects	Control subjects	OR	95% CI	P for trend‡
Ever exposed										
No	252	496	1.00	Referent		187	295	1.00	Referent	
Yes	389	1021	0.78	0.64-0.96		314	700	0.77	0.61-0.98	
Missing values	9	25				8	16			
No. of smokers in household										
None	252	496	1.00	Referent		187	295	1.00	Referent	
1	305	750	0.80	0.64-0.99		243	528	0.76	0.59-0.98	
2	52	191	0.63	0.44-0.90		43	117	0.69	0.46-1.04	
≥3	32	80	1.05	0.65-1.70	.24	28	55	1.13	0.67-1.91	.54
Missing values	9	25				8	16			
Cumulative exposure (weighted smoker-years‡)										
0	252	496	1.00	Referent		187	295	1.00	Referent	
0.1-14.0	248	582	0.83	0.66-1.04		193	394	0.78	0.60-1.02	
14.1-18.0	104	332	0.68	0.51-0.92		93	239	0.73	0.53-1.02	
≥18.1	37	107	0.80	0.51-1.24	.02	28	67	0.90	0.54-1.50	.10
Missing values	9	25				8	16			

*OR = odds ratio adjusted for age and sex-center interaction; CI = confidence interval.

†Two-tailed *P* value of test for linear trend.

‡See text for details on weights.

during the last 35 years, and to 1.14 (95% CI = 0.89-1.45) after adjustment for consumption of vegetables above or below the median level.

When study subjects were stratified by sex, the OR for ever exposure to spousal smoke was 1.47 (95% CI = 0.81-2.66, based on 23 exposed case subjects and 68 exposed control subjects) among men, compared with 1.11 (95% CI = 0.88-1.39) among women (Table 3). The small number of exposed men hampered more detailed quantitative analyses. When we stratified the data by age of the subject at interview, no increase in risk was present among subjects aged less than 55 years (OR = 0.99; 95% CI = 0.64-1.52), whereas the ORs were 1.19 (95% CI = 0.80-1.76) among subjects aged 55-64 years and 1.25 (95% CI = 0.89-1.75) among subjects aged 65-74 years.

The association between lung cancer and exposure to ETS from the spouse was nonsignificantly stronger for squamous cell carcinoma and small-cell carcinoma than for adenocarcinoma (OR for squamous cell carcinoma [n = 59] = 1.21 [95% CI =

0.77-1.91]; OR for small-cell carcinoma [n = 39] = 1.39 [95% CI = 0.79-2.45]; and OR for adenocarcinoma [n = 174] = 1.08 [95% CI = 0.82-1.42]). For all major histologic types, a dose-response relationship was suggested with cumulative exposure and duration (in hours/day × years) of exposure to spousal smoke (results not shown). This pattern was visible more clearly for squamous cell carcinoma than for adenocarcinoma. The small number of cases of small-cell carcinoma limited the precision of the risk estimates for this histologic type.

The questionnaire included questions on smoking habits of cohabitants other than the spouse during the adult life of the study subjects. A total of 44 (6.8%) case subjects and 123 (8.0%) control subjects who were not exposed to spousal smoke reported this source of exposure to ETS. The risk estimates from exposure to ETS from any cohabitant tended to be somewhat lower than those from exposure to spousal smoke only (OR for ever exposed = 1.10 [95% CI = 0.88-1.36]; ORs for cumulative exposure = 0.96 [95% CI = 0.74-1.23] for 0.1-13.0 pack-

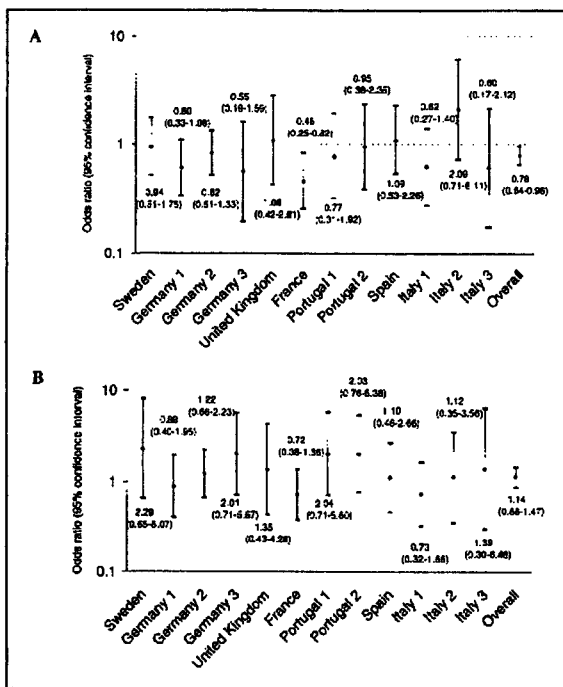


Fig. 2. Center-specific odds ratios and 95% confidence intervals (bars) for environmental tobacco smoke exposure. A) Childhood environmental tobacco smoke. Test for heterogeneity among centers: $\chi^2 = 10.45$; degrees of freedom (df) = 11; $P = .49$. B) Combined environmental tobacco smoke from the spouse or at the workplace. Test for heterogeneity among centers: $\chi^2 = 6.76$; df = 11; $P = .82$.

years, 1.02 [95% CI = 0.66–1.59] for 13.1–25.0 pack-years, and 1.37 [95% CI = 0.85–2.20] for ≥ 25.1 pack-years).

Exposure to ETS at the Workplace

A total of 374 case subjects and 855 control subjects reported ever exposure to ETS at the workplace, yielding an OR of 1.17 (95% CI = 0.94–1.45) (Table 4). The risk estimates in eight centers were above 1.0, and the risk estimates showed no statistically significant heterogeneity ($P = .23$). The trend analyses for weighted duration of exposure, but not for unweighted duration of exposure, showed an increasing risk in the whole study population as well as in women (Table 4). Exposure at the workplace resulted in a similar risk estimate in men (OR = 1.13 [95% CI = 0.68–1.86], based on 105 exposed case subjects and 379 exposed control subjects) and in women (OR = 1.19; 95% CI = 0.94–1.51); a similar pattern was found for duration of exposure to ETS at the workplace. No pattern was found according to age at interview. The OR of ever exposure to ETS at the workplace was higher for squamous cell carcinoma (OR = 1.27; 95% CI = 0.82–1.97) than for adenocarcinoma (OR = 1.06; 95% CI = 0.81–1.40) or small-cell carcinoma (OR =

1.17; 95% CI = 0.67–2.04), although this difference was not statistically significant. The potential confounders—educational level, residence in urban areas, exposure to occupational carcinogens, and intake of vegetables, retinoids, and carotenoids—had no appreciable effect on the ORs of exposure to ETS at the workplace.

Combined Spousal and Workplace ETS Exposure

Ever exposure to either of the two major sources of ETS—the spouse and the workplace—was associated with an OR of 1.14 (95% CI = 0.88–1.47) (Table 5); there was no significant heterogeneity among centers ($P = .82$) (Fig. 2, B). A weak increase in lung cancer risk was present for increasing duration of exposure (Table 5). The trend was stronger for duration (in hours/day \times years) of exposure and was present also in the analysis restricted to women (Table 5). Having had past ETS exposure from either of these two sources, but no exposure for at least 15 years, was not associated with an increased risk of lung cancer (Table 5). The ORs of exposure to either source were similar in men (OR = 1.13; 95% CI = 0.68–1.89) and women (OR = 1.15; 95% CI = 0.86–1.55) and were higher among subjects aged 65 years or more than among younger subjects.

Duration (in years) and duration (in hours/day \times years) of exposure to ETS from either source were associated with an increased risk of squamous cell carcinoma and small-cell carcinoma but not of adenocarcinoma (Table 6). For both squamous cell carcinoma and small-cell carcinoma, a decrease in risk with time since cessation of exposure was present (Table 6).

Exposure to ETS in Vehicles and Public Indoor Settings

The results for variables representing two further sources of exposure to ETS—vehicles and other public indoor settings—were not consistent among the centers. The range of center-specific ORs for exposure in vehicles (based on a total of 125 exposed case subjects and 310 exposed control subjects) ranged from 0 to 2.85, with an overall estimate of 1.14 (95% CI = 0.88–1.48). The range of estimates for ETS exposure in public indoor settings such as restaurants (174 exposed case subjects and 454 exposed control subjects) was 0.24–2.32, with an overall estimate of 1.03 (95% CI = 0.82–1.29). Analyses by duration of exposure did not suggest any consistent pattern for either of these two sources of exposure to ETS.

DISCUSSION

The results of our study of the risk of lung cancer from ETS in several European countries showed a reduced risk for exposure during childhood and a measurable effect of exposure to ETS from the spouse and at the workplace, in particular when these two sources were combined to better represent total adult

Table 3. Odds ratios of lung cancer from exposure to environment tobacco smoke from the spouse

	All subjects*					Women*				
	Case subjects	Control subjects	OR	95% CI	P for trend†	Case subjects	Control subjects	OR	95% CI	P for trend†
Ever exposed										
No	305	838	1.00	Referent		187	376	1.00	Referent	
Yes	344	700	1.16	0.93-1.44		321	632	1.11	0.88-1.39	
Missing values	1	4				1	3			
Duration of exposure (in years)										
Unexposed	305	838	1.00	Referent		187	376	1.00	Referent	
1-34	223	498	1.05	0.83-1.33		202	439	0.99	0.77-1.27	
35-42	65	103	0.63	0.12-2.37		64	98	1.57	1.06-2.31	
≥43	38	80	1.07	0.68-1.68	.10	37	76	1.05	0.66-1.68	.19
Missing values	19	23				19	22			
Duration of exposure (hours/day × years)										
Unexposed	297	778	1.00	Referent		181	327	1.00	Referent	
1-135	165	396	0.90	0.70-1.16		146	348	0.80	0.61-1.06	
136-223	44	81	1.20	0.78-1.85		42	75	1.12	0.72-1.74	
≥224	41	53	1.80	1.12-2.90	.02	41	52	1.70	1.05-2.75	.03
Missing values	103	234				99	209			
Average exposure (cigarettes/day)										
Unexposed	297	778	1.00	Referent		181	327	1.00	Referent	
0.1-10.0	206	411	1.10	0.86-1.40		184	360	1.00	0.77-1.31	
10.1-18.0	25	83	0.58	0.35-0.90		25	79	0.57	0.34-0.93	
≥18.1	35	55	1.37	0.85-2.20	.88	35	52	1.34	0.83-2.17	.97
Missing values	87	215				84	193			
Cumulative exposure (pack-years)										
Unexposed	297	778	1.00	Referent		181	327	1.00	Referent	
0.1-13.0	188	411	1.00	0.78-1.28		167	358	0.91	0.70-1.19	
13.1-23.0	36	83	0.89	0.57-1.39		35	78	0.83	0.52-1.30	
≥23.1	42	55	1.64	1.04-2.59	.09	42	55	1.54	0.97-2.44	.15
Missing values	87	215				84	193			

*OR = odds ratio adjusted for age and sex-center interaction; CI = confidence interval.

†Two-tailed P value of test for linear trend.

Table 4. Odds ratios of lung cancer from exposure to environmental tobacco smoke at the workplace

	All subjects*					Women*				
	Case subjects	Control subjects	OR	95% CI	P for trend†	Case subjects	Control subjects	OR	95% CI	P for trend†
Ever exposed										
No	276	687	1.00	Referent		240	535	1.00	Referent	
Yes	374	855	1.17	0.94-1.45		269	476	1.19	0.94-1.51	
Missing values	0	0				0	0			
Duration of exposure (in years)										
Unexposed	276	687	1.00	Referent		240	535	1.00	Referent	
1-29	278	634	1.15	0.91-1.44		211	399	1.14	0.89-1.47	
30-38	55	129	1.26	0.85-1.85		37	47	1.50	0.93-2.43	
≥39	39	91	1.19	0.76-1.86	.21	20	29	1.24	0.67-2.28	.10
Missing values	2	1				1	1			
Duration of exposure (level‡ × hours/day × years)										
Unexposed	276	687	1.00	Referent		240	535	1.00	Referent	
0.1-46.1	196	525	0.97	0.76-1.25		148	316	1.03	0.78-1.36	
46.2-88.9	47	105	1.41	0.93-2.12		26	54	1.08	0.65-1.81	
≥89.0	48	71	2.07	1.33-3.21	<.01	30	33	1.87	1.10-3.20	.03
Missing values	83	154				65	73			

*OR = odds ratio adjusted for age and sex-center interaction; CI = confidence interval.

†Two-tailed P value of test for linear trend.

‡See text for details.

exposure. Statistically significant results were the reduced risk from childhood exposure and the increasing trend in risk for weighted duration of exposure to ETS from the spouse or at the workplace. Vehicles and public indoor settings did not represent an important source of ETS exposure. The analysis according to

time since last exposure suggested no increase in risk when a long time (i.e., ≥15 years) had elapsed since cessation of exposure.

An important aspect of our study in relation to previous studies is its size, which allowed us to obtain risk estimates with

Table 5. Odds ratios of lung cancer from combined exposure to environmental tobacco smoke from the spouse and at the workplace

	All subjects*					Women*				
	Case subjects	Control subjects	OR	95% CI	P for trend†	Case subjects	Control subjects	OR	95% CI	P for trend†
Ever exposed										
No	122	339	1.00	Referent		88	198	1.00	Referent	
Yes	527	1201	1.14	0.88-1.47		420	811	1.15	0.86-1.55	
Missing values	1	2				1	2			
Duration of exposure (in years)										
Unexposed	115	331	1.00	Referent		83	190	1.00	Referent	
1-36	362	876	1.11	0.85-1.46		282	573	1.09	0.80-1.50	
37-43	82	185	1.26	0.87-1.81		67	127	1.28	0.85-1.94	
≥44	70	125	1.29	0.87-1.92	.13	57	97	1.25	0.80-1.95	.19
Missing values	21	25				20	24			
Duration of exposure (hours/day × years)										
Unexposed	122	339	1.00	Referent		88	198	1.00	Referent	
0-165	289	749	0.91	0.69-1.20		214	483	0.87	0.63-1.21	
166-253	63	151	1.31	0.88-1.94		46	86	1.15	0.72-1.82	
≥254	57	101	1.46	0.96-2.22	.01	49	72	1.49	0.93-2.38	.03
Missing values	119	202				112	172			
Time since last exposure (in years)										
Unexposed	122	339	1.00	Referent		88	198	1.00	Referent	
≥16	121	327	0.92	0.67-1.26		99	235	0.92	0.64-1.33	
3-15	175	394	1.20	0.89-1.62		140	274	1.18	0.84-1.67	
0-2†	211	459	1.18	0.88-1.59		162	282	1.22	0.87-1.72	
Missing values	21	23				20	22			

*OR = odds ratio adjusted for age and sex-center interaction; CI = confidence interval.

†Two-tailed P value of test for linear trend.

‡Including current exposure.

good statistical precision, to separate sizable groups of case and control subjects with high exposure to ETS, and to conduct analyses after stratification for histologic type. However, our power calculation was based on an expected difference in risk from ETS exposure that was greater than that which we observed. Although we did not use an objective marker of past ETS exposure, we conducted a detailed assessment of exposure to ETS from various sources. In addition, we controlled for most potential confounders, and we validated the smoking status of the index subject and the spouse in a subgroup of case and control subjects.

The lack of full consistency of the results among the centers may limit the strength of our findings and the conclusions we can derive from them. However, we think that the combined dataset provides the most valid information on ETS-related risks. We based our conclusion on the following arguments: 1) We designed the study as a multicenter investigation and made efforts to acquire the same information from case and control subjects in the different centers; 2) although not fully consistent, the differences in the center-specific results were—in most cases—not statistically significant, and some random variability is inherent in comparisons between subgroups; 3) results were more consistent for variables that combined exposure to spousal and workplace ETS, which suggested that different degrees of misclassification in exposure contributed to center differences; and 4) we were not able to identify any obvious clustering of studies with different results related to aspects of design (e.g., centers with hospital-based control subjects and centers with community-based control subjects). The fact that the study was conducted in countries that use different languages might have also contributed to the heterogeneity of the results. The similar

size of the estimated effect of ETS exposure at the workplace, compared with ETS exposure from the spouse, is consistent with findings of a validation study (14) that we conducted among some 1300 women from 13 centers (including some centers participating in this study) that the workplace was the strongest predictor of urinary cotinine after smoking by the spouse.

We identified some potential methodologic problems in our study. Some aspects of the design of the study and, in particular, the criteria for selection of control subjects differed among centers. Although several authors consider hospital-based studies in general more prone to selection bias than community-based studies (21), the former studies may offer less opportunity for recall bias and, therefore, differential misclassification of exposure (21). We addressed this issue by comparing the results from subsets of centers defined according to their criteria for selection of control subjects, and we found only small differences. For example, the OR for ever spousal or workplace exposure was 1.12 (95% CI = 0.75-1.66) in centers with hospital-based control subjects and 1.13 (95% CI = 0.80-1.61) in centers with community-based control subjects.

The response rate differed among centers, but there was no relationship between the response rate and the log ORs of ever exposure to ETS during childhood (P values of linear regression for response rate: P = .23 in case subjects and P = .51 in control subjects), ever exposure to spousal ETS (P = .46 for case subjects and P = .80 for control subjects), or ever exposure to ETS at the workplace (P = .63 for case subjects and P = .71 for control subjects).

We did not require cytologic or histologic verification of lung cancer as a criterion for inclusion in the study; however, this information was available for more than 96% of the cases. Re-

Table 6. Odds ratios of lung cancer from combined exposure to environmental tobacco smoke from the spouse and at the workplace, by histologic type*

	Histologic type			
	Adenocarcinoma	Squamous cell carcinoma	Small-cell carcinoma	Other types
Ever exposed				
N	267	92	56	95
OR	1.01	1.57	1.19	1.20
95% CI	0.73-1.40	0.89-2.76	0.62-2.30	0.70-2.04
Duration of exposure (in years)				
0.1-36.0				
N	190	59	33	69
OR	1.02	1.46	1.01	1.27
95% CI	0.72-1.44	0.79-2.67	0.49-2.06	0.72-2.23
36.1-43.0				
N	36	18	9	16
OR	0.95	2.15	1.57	1.40
95% CI	0.59-1.53	1.03-4.51	0.61-4.04	0.68-2.90
≥43.1				
N	33	13	13	8
OR	1.11	1.99	2.03	0.83
95% CI	0.67-1.86	0.88-4.52	0.84-4.90	0.34-2.04
P for trend†	.90	.03	.08	.84
Duration of exposure (hours/day × years)				
1-165				
N	147	49	29	56
OR	0.77	1.26	0.98	1.09
95% CI	0.54-1.10	0.68-2.32	0.48-2.02	0.62-1.94
166-253				
N	31	12	7	13
OR	1.10	1.88	1.46	1.49
95% CI	0.66-1.83	0.82-4.29	0.52-4.09	0.69-3.24
≥254				
N	30	11	6	8
OR	1.32	2.04	2.33	1.18
95% CI	0.77-2.25	0.85-4.89	0.77-7.10	0.48-2.93
P for trend†	.09	.06	.09	.46
Time since last exposure (in years)				
≥15.1				
N	64	23	12	16
OR	0.88	1.38	0.71	0.75
95% CI	0.53-1.32	0.70-2.74	0.31-1.65	0.37-1.52
2.1-15.0				
N	77	27	23	42
OR	0.94	1.53	1.45	1.59
95% CI	0.63-1.39	0.79-2.97	0.69-3.06	0.88-2.86
0.1-2.0				
N	113	39	19	34
OR	1.06	1.68	1.44	1.14
95% CI	0.73-1.54	0.50-3.16	0.65-3.19	0.62-2.11
P for trend†	.61	.11	.14	.25

*N = number of exposed case subjects; OR = odds ratio adjusted for age and sex-center interaction; CI = confidence interval.

†Two-tailed P value of test for linear trend.

striction of the analysis to histologically verified cases had minor effects on the risk estimates: The OR for spousal or workplace exposure was 1.11 (95% CI = 0.86-1.43).

Misclassification of nonsmoking status of case and control subjects (i.e., confounding by active smoking) is an important potential source of bias in studies of lung cancer and ETS (1,22). We have three lines of evidence to address this issue.

First, we collected information on active smoking by case subjects and by control subjects, and, for inclusion in the study as a nonsmoker, we set a threshold of 400 cigarettes smoked during the entire life (i.e., about one cigarette per day for 1 year). Misclassification of smoking status is more likely to be present among such very light smokers than among nonsmokers. In our study, 164 case subjects and 438 control subjects ("occasional smokers") reported ever consumption of fewer than 400 ciga-

rettes; their exclusion from the analysis had minor consequences on the results (OR for exposure to spousal ETS = 1.15; 95% CI = 0.86-1.54).

Second, in the urinary cotinine study mentioned above (14), 26 (1.9%) of 1369 women had cotinine levels above 100 ng/mg creatinine and were classified as potentially false-negative current smokers. Lee and Forey (23) discussed the effect of different factors that influence the magnitude of the possible bias from misclassification of smoking habits. If there is no true risk related to ETS exposure, a relative risk of the magnitude of that found in our study (i.e., 1.15) can be obtained assuming a misclassification rate of 2% (14), a proportion of smoking spouses of the order of 30%-50%, a proportion of smokers in the underlying population of 20%-40%, a concordance ratio of 3, and a relative risk of smoking in the order of 10-20. While the first

four assumptions may be reasonable, also in the context of our study, the magnitude of the effect of smoking is too high, since most misclassified subjects are light smokers or long-term quitters (24). A more realistic relative risk of smoking of 2 (24) would result in a relative risk due to misclassification of the order of 1.01–1.02, all other assumptions being equal. In addition, we conducted a validation study based on cross-interviews; for 408 subjects enrolled in three centers, of whom 50 were not included in this analysis, a next of kin—mainly the spouse—completed a short questionnaire aimed at validating the non-smoking status of the index subject (25). Misclassification on never-smoking status in this sample was 1.2%, based on one of 175 case subjects and four of 233 control subjects, none of whom was classified as a current smoker. It is thus unlikely that the inclusion of smokers misclassified as nonsmokers affected our results.

Misclassification of exposure to ETS is another important potential source of bias (1,22). In the urinary cotinine study, we found a good correlation between reported exposure to ETS and cotinine level (14); however, this study could validate only the recent history of exposure. The results of the analysis of the interviews with relatives on ETS exposure conducted on a subgroup of 213 case and control subjects from one center in this study (25) showed a very good correlation between the smoking status and the cumulative consumption by the spouse and the information reported by the study subjects (Spearman correlation coefficient = .92), without a difference between case and control subjects. Finally, differential misclassification of exposure (i.e., case subjects overreporting ETS exposure as compared with control subjects), if present in our study, would hardly explain the lack of a positive association with childhood exposure. If differential misclassification of ETS exposure is unlikely, nondifferential misclassification (resulting in decreased risk estimates in dichotomous variables and in the highest category of categorical quantitative variables) is a plausible source of bias in our study, as a result of imperfect measures of all dimensions of ETS exposure.

An important potential problem in studies on ETS and lung cancer is the lack of proper control for potential confounders other than active smoking. Authors have presented some evidence on differences in habits other than smoking in households with and without smokers (26,27). In particular, Whiceloh et al. (28) addressed this issue in a European population and reported a healthier diet by nonsmokers than by smokers in the U.K. We found no evidence that other known or suspected risk factors of lung cancer and their correlates, such as educational level used as a proxy for socioeconomic status, occupational exposure to carcinogens, residence in urban areas, and low consumption of vegetables, explained the risks from ETS exposure either from the spouse or at the workplace. In particular, no association was present among control subjects between smoking status of the spouse and consumption of vegetables, green vegetables, and fruits and amount of intake of β -carotene.

We conducted an analysis based on logistic regression models that used the whole dataset, after controlling for the study center. An alternative approach would have been to analyze each center separately and to combine the center-specific risk estimates by use of a random effects model, as is done in meta-analyses (29). Although we do not favor this latter approach,

since our study was conducted by use of the same methodology in the different centers, the meta-analysis approach leads to very similar results, although with wider CIs; e.g., the OR of ever exposure to spousal ETS was 1.13 (95% CI = 0.87–1.47), the OR of ever exposure to ETS at the workplace was 1.14 (95% CI = 0.87–1.49), and the ORs of duration (in hours/day \times years) of exposure to spousal or workplace ETS were 0.87 (95% CI = 0.65–1.18), 1.34 (95% CI = 0.74–2.42), and 1.48 (95% CI = 0.87–2.49) for the three categories shown in Table 5.

The available literature on ETS exposure from the spouse and lung cancer is large [reviewed in (1–4)]. However, only six studies are available from Europe; two of them, conducted in Greece (5,10), showed a twofold increase in risk for women ever married to a smoker. Of the other studies, one from Scotland (7) provided very unstable risk estimates of the same magnitude as the Greek studies and two—one from the U.K. (6) and the other from Sweden (9)—provided little evidence of an association. The last study, also from Sweden (8), was the only one that presented results solely by level of exposure and showed no excess risk below exposure to ETS from 15 cigarettes per day or for 30 years and a threefold excess above these exposure levels. Pershagen (30) combined the six studies and estimated an overall relative risk of 1.47 (95% CI = 1.12–1.92), whereas the U.S. Environmental Protection Agency (EPA) (3) excluded the Greek studies and calculated a combined relative risk of 1.17 (90% CI = 0.84–1.62). Our summary OR is compatible with the EPA estimate.

The fact that most subjects in our study reported having ended their ETS exposure from the spouse or at the workplace several years before the interview may help to explain why the overall risk estimate for ever spousal smoking was somewhat lower in this study than in previous investigations, such as the studies from Greece (5,10) that were conducted in a population in which most subjects classified as exposed to spousal ETS were currently exposed. Results obtained from studies in the United States (31,32) also suggest a decrease in the risk from ever spousal (or "home") ETS exposure compared with previous reports [see (3,30) for a review].

The evidence from the available European studies of an association between ETS exposure during childhood and lung cancer risk is inconsistent (8,9). Among the non-European studies, Janerich et al. (33) provided evidence of an increased risk related to exposure in childhood or adolescence. The remaining studies [see (34) for a review], however, failed to confirm this finding. In the light of the inconsistent findings of other studies, our results on childhood ETS exposure can be plausibly interpreted as sampling fluctuation around a relative risk of 1 (no effect) and do not allow us to conclude that ETS exposure during childhood is protective against lung cancer.

Our results on the effect of ETS exposure at the workplace parallel those of a large U.S. study (31) in showing a risk similar to that of spousal exposure to ETS and a dose-response relationship. The evidence on workplace exposure to ETS from other studies, in particular from other European studies, is not consistent [see (30) for a review]. A few studies have reported results on ETS exposure in public indoor settings; in particular, two studies (6,35) showed no clear pattern of risk, whereas a large U.S. study (31) reported an increased risk for exposure in

social settings and a positive relationship with duration of exposure.

The higher risk found for both spousal and workplace exposures to ETS for squamous cell carcinoma and small-cell carcinoma, compared with adenocarcinoma, was not statistically significant but was consistent with the results of studies on ETS conducted both in Europe (8,10) and—for spousal ETS exposure—in the United States (31). However, the small size of particles in ETS would be consistent with a carcinogenic effect in the distant part of the lung, where adenocarcinoma preferentially occurs. It should also be noted that, in studies conducted in China (36,37), a higher risk was found of adenocarcinoma compared with other histologic types.

When taken together, our results on exposure to ETS during adulthood are in agreement with the available evidence and, in particular, with large studies from the United States (31,32). We think that minor discrepancies between the two studies, such as a somewhat stronger effect of spousal smoking in the U.S. studies and the lack of an effect of "social" sources in our study, reflect differences in smoking patterns between the European and U.S. populations. The comparison between our results and those of other studies conducted in Europe is hampered by the limited amount of information available from the latter.

In conclusion, our study provides the most precise available estimate of the effect of ETS on lung cancer risk in western European populations. We found no increased risk for childhood exposure, a result consistent with most of the available data. The risk from ever exposure to spousal ETS was consistent with the combined available evidence from European studies, but it was lower than some previous estimates—a result that could be explained by the large number of subjects whose exposure to ETS ended several years earlier. The lack of reported results on the effect of cessation of ETS exposure in previous European studies does not enable us to explore this explanation. There was also a nonsignificant dose-response relationship with duration of exposure. We also found an association of similar strength with workplace exposure. Dose-response relationships were more consistent and risks were higher, although in most cases they were not statistically significant, with combined indicators of spousal and workplace ETS exposure.

REFERENCES

- (1) Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;315:980-8.
- (2) Dockery DW, Trichopoulos D. Risk of lung cancer from environmental exposures to tobacco smoke. *Cancer Causes Control* 1997;8:333-45.
- (3) Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington (DC): Environmental Protection Agency; 1992.
- (4) Lee PN. Environmental tobacco smoke and mortality. Basel: Kruger; 1992.
- (5) Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L. Lung cancer and passive smoking: conclusion of Greek study. *Lancet* 1983;2:677-8.
- (6) Lee PN, Chamberlain J, Alderson MR. Relationship of passive smoking to risk of lung cancer and other smoking-associated diseases. *Br J Cancer* 1986;54:97-105.
- (7) Hole DJ, Gillis CR, Chopra C, Hawthorne VM. Passive smoking and cardiorespiratory health in a general population in the west of Scotland. *BMJ* 1989;299:423-7.
- (8) Pershagen G, Hrubec Z, Svensson C. Passive smoking and lung cancer in Swedish women. *Am J Epidemiol* 1987;125:17-24.
- (9) Svensson C, Pershagen G, Klominek J. Smoking and passive smoking in relation to lung cancer in women. *Acta Oncol* 1989;28:623-9.
- (10) Kalandidi A, Katsouyanni K, Vorpoulou N, Bastas G, Saracci R, Trichopoulos D. Passive smoking and diet in the etiology of lung cancer among non-smokers. *Cancer Causes Control* 1990;1:15-21.
- (11) Berrino F, Merletti F, Zubiri A, Del Moral A, Raymond L, Esteve J, et al. A comparative study of smoking, drinking and dietary habits in population samples in France, Italy, Spain and Switzerland. II. Tobacco smoking. *Rev Epidemiol Sante Publ* 1988;36:166-76.
- (12) Amos A. Women and smoking. *Br Med Bull* 1996;52:74-89.
- (13) Nyberg F, Agrenius V, Svartengren K, Svensson C, Pershagen G. Environmental tobacco smoke and lung cancer in nonsmokers: does time since exposure play a role? *Epidemiology* 1998;9:301-8.
- (14) Riboli E, Preston-Martin S, Saracci R, Haley NJ, Trichopoulos D, Becher H, et al. Exposure of nonsmoking women to environmental tobacco smoke: a 10-country collaborative study. *Cancer Causes Control* 1990;1:243-52.
- (15) Boffetta P, Saracci R. Occupational factors of lung cancer. In: Hirsch A, Goldberg M, Martin JP, Masse R, editors. *Prevention of respiratory diseases*. New York: Marcel Dekker; 1993. p. 37-63.
- (16) Jarvis MJ, McNeill AD, Bryant A, Russell MA. Factors determining exposure to passive smoking in young adults living at home: quantitative analysis using saliva cotinine concentrations. *Int J Epidemiol* 1991;20:126-31.
- (17) International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoking. In: IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans, vol 38. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1986. p. 55.
- (18) Becher H, Zatonski W, Jockel KH. Passive smoking in Germany and Poland: comparison of exposure levels, sources of exposure, validity, and perception. *Epidemiology* 1992;3:509-14.
- (19) Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research, Volume I—The analysis of case-control studies*. IARC Sci Publ 1980;32:5-338.
- (20) Moreno V, Martin ML, Bosch FX, de Sanjose S, Torres F, Munoz N. Combined analysis of matched and unmatched case-control studies: comparison of risk estimates from different studies. *Am J Epidemiol* 1996;143:293-300.
- (21) Wacholder S, Silverman DT, McLaughlin JK, Mandel JS. Selection of controls in case-control studies. II. Types of controls. *Am J Epidemiol* 1992;135:1029-41.
- (22) Lee PN. Misclassification of smoking habits and passive smoking: a review of the evidence (Int Arch Occup Environ Health Suppl). Berlin: Springer; 1988.
- (23) Lee PN, Forey BA. Misclassification of smoking habits as a source of bias in the study of environmental tobacco smoke and lung cancer. *Stat Med* 1996;15:581-605.
- (24) Nyberg F, Isaksson I, Harris JR, Pershagen G. Misclassification of smoking status and lung cancer risk from environmental tobacco smoke in never-smokers. *Epidemiology* 1997;8:304-9.
- (25) Nyberg F, Agudo A, Boffetta P, Fortes C, Gonzalez CA, Pershagen G. A European validation study of smoking and environmental tobacco smoke exposure in nonsmoking lung cancer cases and controls. *Cancer Causes Control* 1998;9:173-82.
- (26) Matsuoki G, Kanchanasakka S, Lanry D, Chang Y. Characteristics of nonsmoking women in NHANES I and NHANES I epidemiologic follow-up study with exposure to spouses who smoke. *Am J Epidemiol* 1995;142:149-57.
- (27) Thornton A, Lee P, Fry J. Differences between smokers, ex-smokers, passive smokers and non-smokers. *J Clin Epidemiol* 1994;47:1143-62.
- (28) Wichelow MJ, Erzinclioğlu SW, Cox BD. A comparison of the diets of non-smokers and smokers. *Br J Addict* 1991;86:71-81.
- (29) DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clin Trials* 1986;7:177-88.
- (30) Pershagen G. Passive smoking and lung cancer. In: Samet JM, editor. *Epidemiology of lung cancer (lung biology in health and disease, vol 74)*. New York: Marcel Dekker; 1994. p. 109-30.
- (31) Fontham ET, Correa P, Reynolds P, Wu-Williams A, Buffler PA, Greenberg S, et al. Environmental tobacco smoke and lung cancer in nonsmoking women. A multicenter study. *JAMA* 1994;271:1752-9.
- (32) Cardenas VM, Thun MJ, Austin H, Lally CA, Clark WS, Greenberg RS, et al. Environmental tobacco smoke and lung cancer mortality in the American Cancer Society's Cancer Prevention Study II. *Cancer Causes Control* 1997;8:57-64.
- (33) Janschik DT, Thompson WD, Varela LR, Greenwald P, Chorost S, Tucci C,



World Health
Organization

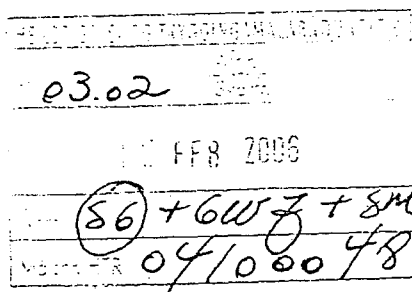
20, AVENUE APPIA - CH-1211 GENEVA 27 - SWITZERLAND - TEL CENTRAL +41 22 791 2111 - FAX CENTRAL +41 22 791 3111 - WWW.WHO.INT

Tel. direct: +41 22 791
Fax direct: +41 22 791
E-mail :

In reply please
refer to:

Your reference:

Mr J. Kristjánsson
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Vegmúla 3
IS-150 Reykjavik



15 February 2006

Dear Minister,

Our attention has been drawn to the debate in the Icelandic Parliament on 31 January this year in which reference has been made to the World Health Organization's work on passive smoking. I would be grateful if you could advise those concerned of the following information which is relevant to the statements made in Parliament.

The 1998 study referred to in Parliament was the subject of a strong media campaign by the tobacco industry to try to dispute the lung cancer risk associated with passive smoking because it is this association that gives the scientific basis for legislation protecting nonsmokers at the workplace and in public places.

In 2000, researchers from the University of California, San Francisco were able to have access to tobacco industry documents which gave details of the lengths to which some companies had gone in 1998 to ensure that misleading statements were made and wrong inferences drawn from the study. An article detailing the tobacco industries efforts was published in the medical journal "The Lancet", and the International Agency for Research on Cancer (which had been involved in the 1998 study) issued a press release at the time condemning those in the industry who had sought to undermine their work.

Actually, the 1998 study did show that exposure to passive smoking at the workplace or through spouse results in an increased (16%) risk of lung cancer, which was not mentioned by the tobacco industry campaign. A small increase, when compared to the 20-fold increase of risk by active smoking, but, given the large populations exposed to passive smoking, in the USA 3000 and in Europe 2500 cases of lung cancer annually are estimated to be caused by passive smoking.

منظمة الصحة العالمية • 世界卫生组织

Organisation mondiale de la Santé • Всемирная организация здравоохранения • Organización Mundial de la Salud

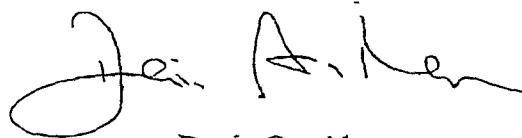
Mr J. Kristjánsson
Minister of Health and Social Security

Page 2

Over this time, the whole body of evidence linking lung cancer and passive smoking has been extensively reviewed by IARC including this study, and finally the IARC Monograph on Tobacco Smoke and Involuntary Smoking (2004) clearly concluded, "Even the typical levels of passive exposure have been shown to cause lung cancer among never smokers. Second-hand tobacco smoke IS carcinogenic to humans."

WHO has a strong position against industry activities such as those relating to the 1998 study, which undermine science and interfere in sound policy development.

Yours sincerely



Denis G. Aitken
Assistant Director-General and Director,
Office of the Director-General

Rangfærslur um tengsl óbeinna reykinga og lungnakrabbameins

Í kjölfar þess að lagt var fram á Alþingi frumvarp um breytingar á lögum um tóbaksvarnir hefur ein einstök rannsókn, sem unnin var á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) og birt árið 1998, verið talsvert til umræðu. Því hefur verið haldið fram að rannsóknin leiði í ljós að ekki séu tengsl milli óbeinna reykinga og lungnakrabbameins og reynt hefur verið að gera tortryggilegt að niðurstöðum þessarar rannsóknar sé ekki hampað nægilega í greinargerð Lýðheilsustöðvar sem er fylgiskjal með frumvarpinu. Í ljósi hinnar miklu umræðu þykir rétt að leiðrétta þennan misskilning og jafn framt birta fréttatilkynningu frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni um rannsóknina frá árinu 1998, en tilkynningin var andsvar stofnunarinnar við sambærilegum mistúlkunum og þeim sem hafa verið að birtast hér á landi.

Hið rétta í málinu er að umrædd rannsókn sýnir fram á veik tengsl óbeinna reykinga og lungnakrabbameins en þó ekki tölfræðilega marktæk (til þess er úrtakið ekki nógu stórt). Ástæða þess að ekki er minnst á þessa rannsókn í greinargerðinni er að um 50 faraldsfræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar á þessu sviði á síðustu 25 árum og vísað er í samantekt úr öllum þessum rannsóknum í greinargerðinni. Þar á meðal er umrædd rannsókn. Þessi umrædda rannsókn er því aðeins ein af fjölmörgum rannsóknum á sambandi óbeinna reykinga og lungnakrabbameins. Auk faraldsfræðilegra rannsókna hafa verið gerðar rannsóknir á dýrum, mælingar á eiturefnum og líffræðilegar rannsóknir. Þegar niðurstöður allra þessara rannsókna eru teknar saman, þar með talin umrædd rannsókn á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, kemur skýrt í ljós að óbeinar reykingar („exposure to second hand smoke”) eru krabbameinsvaldandi („carcinogenic”). Þessari einu rannsókn Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar hefur síður en svo verið stungið undir stól, heldur hafa niðurstöður hennar verið teknar með í tölfræðútreikninga og frekar styrkt samband óbeinna reykinga og lungnakrabbameins, þar sem niðurstöðumar hnigu í sömu átt og fjölda annarra rannsókna, án þess þó að vera tölfræðilega marktækar.

Tengillinn hér fyrir neðan vísar á Monograph 83 (Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans) þar sem Krabbameinsrannsóknastofnun WHO (IARC) dregur saman niðurstöður rannsókna um óbeinar reykingar og tengsl þeirra við krabbamein: <http://www-cie.iarc.fr/htdocs/indexes/vol83index.html>

Fréttatilkynning WHO/29

9. mars 1998

**ÓBEINAR TÓBAKSREYKINGAR VALDA
LUNGNAKRABBAMEINI, LÁTID EKKI BLEKKJAST**

Allar fréttatilkynningar WHO, upplýsingablöð og greinar er hægt að kynna sér, ásamt öðrum gögnum um þetta málefni, á vefsetri WHO, <http://www.who.ch>

Fréttatilkynningin á ensku er hér: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-29.html>

Vísindagreinina, sem birt var úr umræddri rannsókn, má lesa hér:

<http://incicancerspectrum.oxfordjournals.org/cgi/reprint/inci.90/19/1440.pdf>

Alþingi
Erindi nr. Þ 132/942
komudagur 21.2.2006



LÝÐHEILSUSTÖÐ

Nefndarsvið Alþingis
Skrifstofa Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 20.02.2006
Tilv. 060/2005 - 0.53
HPH

Efni: Umsögn Lýðheilsustöðvar um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál, reykingabann.

Lýðheilsustöð fagnar ofangreindu frumvarpi og hefur engar athugasemdir við frumvarpið í heild né einstakar greinar þess. Ennfremur fjallaði tóbaksvarnaráð um erindið á fundi þann 17. febrúar sl. og lýsti yfir einróma stuðningi við frumvarpið.

Lýðheilsustöð vill hnykkja á nokkrum lykilrökum fyrir afstöðu sinni til ofangreinds frumvarps:

- Óyggjandi vísindaleg rök liggja fyrir um að tóbaksreykur getur skaðað heilsu þess sem andar honum að sér. Það á bæði við um þann sem reykir og hinn sem ekki reykir en andar að sér reyk frá öðrum. Frumvarpið er því mikilvægt vinnuverndarskref og í takt við það sem flestum stéttum hefur þegar verið tryggt.
- Skipting rýmis í reyksvæði og reyklausa svæði og/eða loftræsting dregur úr dreifingu tóbaksreyks en nægir ekki til að vernda heilsu starfsmanna sem vinna í umhverfi þar sem reykt er. Það að gera vinnustaði reyklausa er eina leiðin til að tryggja að starfsfólk verði ekki fyrir skaða af völdum tóbaksreyks við vinnu sína.
- Vaxandi fjöldi þjóða hefur sett skýr lög um reyklausa vinnustaði (veitinga- og skemmtistaðir þar á meðal) byggð á vísindalegum rökum og með vinnuvernd að sjónarmiði.
- Reynsla annarra þjóða, sem hafa innleitt lög um reyklausa veitinga- og skemmtistaði og skoðað heilsufar starfsfólk fyrir og eftir gildistöku, sýnir jákvæðar heilsufarsbreytingar hjá starfsfólki eftir gildistöku laganna. Þetta bendir til þess að markmið laganna hafi náðst, þ.e. vinnuumhverfi starfsmannanna var bætt sem og líðan þeirra.

Virðingarfyllst

Anna E. Ólafsdóttir

Anna Elísabet Ólafsdóttir,
forstjóri Lýðheilsustöðvar

Jakobína Hólmfríður Árnadóttir

Jakobína Hólmfríður Árnadóttir,
verkefnisstjóri tóbaksvarna

Alþingi
Erindi nr. Þ 132/1096
komudagur 28.2.2006



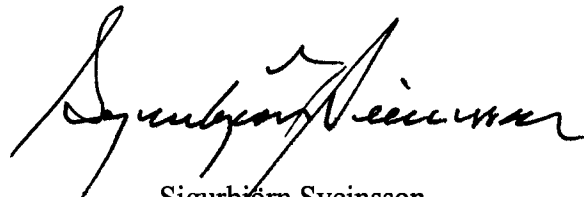
Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðis- og trygginganefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Kópavogi, 27. febrúar 2006

Efni: Umsögn um frumvarp til laga um tóbaksvarnir 388. mál, reykingabann

Læknafélag Íslands hefur fengið ofangreint frumvarp til umsagnar. Stjórn LÍ styður efni frumvarpsins eindregið, þar sem sú lagabreyting, sem fylgdi samþykkt þess, tryggði starfsmönnum veitingahúsa þá vinnuvernd, sem þeir hafa farið á mis við vegna gildandi undanþáguákvæða um vinnustaði þeirra. Stjórn LÍ telur, að engin málefnaleg rök séu til þess, að þetta starfsfólk njóti lakari vinnuverndar en aðrir landsmenn.

Virðingarfyllst,
f.h. Læknafélags Íslands



Sigurbjörn Sveinsson
formaður

Alþingi
Erindi nr. P 132/981
komudagur 23.2.2006.



Matvæla-
og veitingasamband
Íslands

Nefndarsvið Alþingis
b.t Heilbrigðis- og trygginganefndar
Austurstræti 8 - 10
150 Reykjavík

Reykjavík 22. febrúar 2006

Umsetna: um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál, reykingabann.

Hjá Matvæla- og veitingasambandi Íslands er framkomnu lagafrumvarpi fagnað sem áfanga. Teljum það hefði mátt ganga lengra og taka 3. 4. og 6. mgr út líka.

Því ber þó að fagna að okkar félagar sem vinna á veitinga- og skemmtistöðum eiga ekki lengur að vera undanþegnir lögum um vinnuvernd þegar tóbaksreykur er annarsvegar.

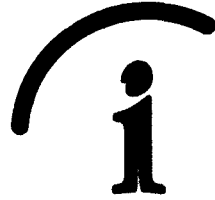
Eins og frumvarpið er núna á það starfsfólk sem sér um þrif á gistiherbergjum ekki að njóta vafans vegna þeirra efna sem verða eftir í þeim herbergjum sem leyft verðu og reykt sé í.

Virðingarfyllst
f.h. MATVÍS


Niels S. Olgeirsson

Stórhöfði 31
110 Reykjavík
Sími: +354 580 5200
Fax: +354 580 5210
Kt.: 500796-3089

Alþingi
Erindi nr. P 132/1273
komudagur 13.3.2006



Persónuvernd

Rauðarárstíg 10 105 Reykjavík
sími: 510 9600 bréfasími: 510 9606
netfang: postur@personuvernd.is
veffang: personuvernd.is

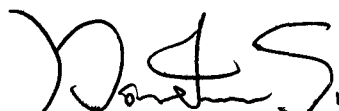
Alþingi
Heilbrigðis- og trygginganefnd
150 REYKJAVÍK

Reykjavík, 9. mars 2006
Tilvisun: 2006020077 PS/--

Persónuvernd vísar til bréfs heilbrigðis- og trygginganefndar Alþingis, dags. 6. febrúar 2006, þar sem óskað er umsagnar um breytingu á lögum nr. 6/2002 um tóbaksvarnir (388. mál á 132. löggjafarþingi). Er meginmarkmið frumvarpsins að afnema ákvæði sem heimilar reykingar á veitinga- og skemmtistöðum. Þar sem frumvarp þetta varðar ekki vinnslu persónuupplýsinga gerir Persónuvernd ekki við það athugasemdir.

Beðist er velvirðingar á þeirri töf sem orðið hefur á að veita umsögn þessa.

Virðingarfyllt
f.h. forstjóra Persónuverndar


Þórður Sveinsson
lögfræðingur



SAMBAND ÍSLENSKRA TRYGGINGAFÉLAGA

Association of Icelandic Insurance Companies

S/27

Alþingi
Erindi nr. P 132/891
komudagur 17.2.2006

Alþingi,
heilbrigðis- og trygginganefnd,
nefndasvið Alþingis,
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík.

Suðurlandsbraut 6
108 Reykjavík
Sími/Tel.: +354-568 1612
Telefax: +354-568 9664
www.sit.is

16. febrúar 2006

Efni: Um frumvarp til laga um breytingu á lögum um tóbaksvarnir, 388. mál (reykingabann).

Með bréfi heilbrigðis- og trygginganefndar Alþingis, dags. 6. þ.m., var Sambandi íslenskra tryggingafélaga (SÍT) sent ofangreint frumvarp til umsagnar. Megintilgangur þessa frumvarps er að afnema undanþágu frá reykingabanni, sem veitinga- og skemmtistaðir njóta nú í lögum nr. 6/2002 um tóbaksvarnir. Af þessu tilefni skal eftirfarandi atriðum hreyft:

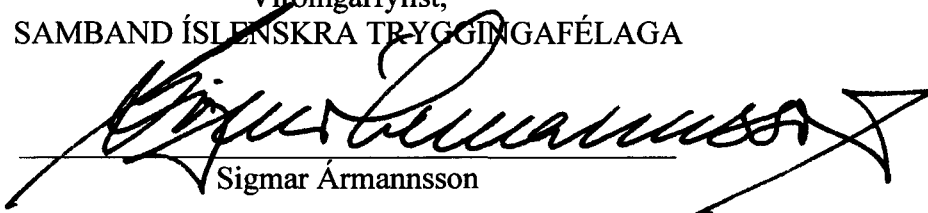
1. Lengi hafa menn talið, að óbeinar reykingar, þ.e. þegar fólk andar að sér tóbaksmenguðu lofti, gætu haft í för með sér skaðleg áhrif á heilsu. Síðasta aldarfjórðunginn eða svo hafa margar óumdeildar vísindalegar rannsóknir sýnt og sannað, að þessi grunur um skaðsemi óbeinna reykinga á heilsufar á við rök að styðjast. Það sem helst hefur komið á óvart í þeim efnum er e.t.v. það, hversu þessi skaðvænlegu áhrif eru margvísleg og mikil á heilsu fólks. Í athugasemdum með frumvarpi því, sem hér er til umfjöllunar, en einkum þó fylgiskjali I, sem hefur að geyma greinargerð Lýðheilsustöðvar um óbeinar reykingar og afleiðingar þeirra, eru raktar þekktar afleiðingar óbeinna reykinga, og skilmerkilega vísað til vísindalegra rannsókna því til stuðnings. Sýnist þannig frumvarpið vel unnið og ástæðunum fyrir flutningi þess prýðilega til haga haldið. Áréttast þessi skoðun SÍT að gefnu tilefni.
2. Nokkurrar gagnrýni hefur orðið vart hér á landi á frumvarp þetta. Virðist hún í fyrsta lagi beinast að því, að frumvarpið sé einstrengingslegt og sé til marks um forræðishyggju stjórnvalda. Um þá skoðun sér SÍT ekki ástæðu til að fjölyrða í þessari umsögn. Í öðru lagi hefur verið gagnrýnt, að allar rannsóknir, sérstaklega þó ein tiltekin rannsókn frá árinu 1998, sem ekki sýni fortakslaust samband milli óbeinna reykinga og lungnakrabbameins, séu að engu getið í frumvarpinu. Það væri vissulega alvarlegt, ef í ljós kæmi, að höfundar frumvarpsins væru nánast vísitandi að stinga mikilvægum upplýsingum um mál þetta undir stól. Að mati SÍT hefur það þó ekki verið gert. Slíkar upplýsingar, sem einkum hafa verið nefndar í þessu sambandi, er skýrsla um rannsókn, er unnin var undir stjórn WHO og birt á árinu 1998. Hefur SÍT aflað sér gagna um þessa skýrslu WHO. Var hún unnin af 12 rannsóknaraðilum í sjö Evrópuríkjum, og stóð yfir í sjö ár. Af ástæðum, sem ekki skulu raktar hér, tókst svo illa til, að áður en niðurstöður rannsóknarinnar voru birtar, hófst umfjöllun í

fjölmiðlum, þar sem fram kom, að niðurstöður rannsóknarinnar væru þær í hnotskurn, að ekki væri samband milli óbeinna reykinga og lungnakrabba. Var þetta þó alls ekki niðurstaða þessarar skýrslu WHO. Aðstandendur rannsóknarinnar leiðréttu þessar fregnir eftir bestu getu. Lögðu þeir einmitt áherslu á, að meginniðurstöðurnar bentu til þess, að hætta á lungnakrabba ykist um 16% hjá þeim makanum, sem ekki reykti sjálfur, vegna reykinga maka hans. Þá ykist hættan á lungnakrabba um 17% hjá þeim einstaklingum, sem byggju við óbeinar reykingar á vinnustað. Í ljósi framangreinds verður ekki á það fallist, að flutningsmenn frumvarpsins séu að halda upplýsingum frá almenningi, sem bendi til þess að óbeinar reykingar séu ekki skaðlegar heilsu fólks.

3. Frumvarpinu fylgir umsögn Fjármálaráðuneytisins, fjárlagaskrifstofu, sem fylgiskjal III. Er sú umsögn afar athyglisverð, einkum vegna þess, sem þar kemur **ekki** fram. Umsögnin er örstutt, einungis þrjár línur, og er niðurlagið svohljóðandi: “Ekki verður séð að frumvarpið hafi áhrif á útgjöld ríkissjóðs verði það óbreytt að lögum.” Það er einmitt ástæða til að ætla, að verði þetta frumvarp að lögum, þá geti fjárhagslegar afleiðingar orðið merkjanlegar fyrir ríkissjóð, bæði hvað varðar tekjur og útgjöld. Í fyrsta lagi skal nefnt, að vísbendingar eru um, að reykingabann af því tagi, sem hér um ræðir, þ.e. á veitinga- og skemmtistöðum, dragi verulega úr heildarreykingum fólks. Í frumvarpinu eru einmitt nefnd dæmi slíks, m.a. frá Kaliforníu og Írlandi Minnkandi neysla tóbaks þýðir auðvitað minni sölu tóbaks, og þar með að óbreyttu lægri tekjur ríkissjóðs af tóbakseinkasölu sinni. Í annan stað er full ástæða til að ætla, að verði frumvarpið að lögum, geti það haft í för með sér að nokkuð dragi úr sjúkrakostnaði hins opinbera, sem rekja megi til óbeinna reykinga og raunar reykinga almennt. Gæti þar verið um verulega fjármuni að ræða. Væri áhugavert að fá fyllri upplýsingar af þessu tagi, þótt undirrituðum sé fullljóst, að yfirlýst markmið frumvarpsins sé engan veginn það, að hafa áhrif á stöðu ríkissjóðs.
4. Samband íslenskra tryggingafélaga styður efni þessa frumvarps og mælir eindregið með því, að það verði samþykkt.

Undirritaður er hvenær sem er reiðubúinn að veita fyllri upplýsingar um málefnið, verði talin þörf á því.

Virðingarfyllst,
SAMBAND ÍSLENSKRA TRYGGINGAFÉLAGA



Sigmar Ármannsson

Alþingi
Erindi nr. Þ 132/952
komudagur 22. 2. 2006



SAMTÖK ATVINNULÍFSINS

Alþingi
Heilbrigðis- og trygginganefnd
Austurstræti 8-10

150 REYKJAVÍK

Pr/aa

Rvk. 22.02.2006

Efni: Umsögn SA um frumvarp til laga um tóbaksvarnir, 388. mál.

Samtök atvinnulífsins taka undir jákvæða umsögn Samtaka ferðaþjónustunnar um frumvarp þetta.

Hvatt er til þess að nákvæm skilgreining á þjónustusvæði utan húss verði ekki að finna í lögnum (sbr. a. lið 2. gr. frumvarpsins) heldur verði það skilgreint nánar í reglugerð. Lagt er til að frumvarpinu verði breytt þannig að ráðherra skuli hafa samráð við Samtök ferðaþjónustunnar við setningu reglugerða er varða nánari ákvæði um reykingar á gististöðum, um framkvæmd banns við reykingum á veitinga- og skemmtistöðum og um skilgreiningu þjónustusvæða utan húss.

Virðingarfyllst,

Pétur Reimarsson

Samtök ferðapjónustunnar

Borgartún 35
105 Reykjavík
Sími: 511 8000
Símbraf: 511 8008
www.saf.is
Netfang: info@saf.is

Alþingi
Erindi nr. P 132/956
komudagur 22.2.2006



Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík 21. febrúar 2006

Efni: Frumvarp til laga um tóbaksvarnir

Samtök ferðapjónustunnar hafa fengið ofangreint frumvarp til umsagnar. Á aðalfundi samtakanna 7. apríl 2005 var eftirfarandi ályktun samþykkt samhljóða:

“Aðalfundur Samtaka ferðapjónustunnar haldinn 7. apríl 2005 samþykkir að ganga til viðræðna við stjórnvöld um að reykingar verði bannaðar á veitinga- og skemmtistöðum frá og með 1. júní 2007. Miklar breytingar hafa orðið síðustu árin á reykingavenjum fólks og tillitssemi aukist að mun. Hótel- og veitingamenn innan samtakanna hafa í fjölmörg ár unnið að því að reyklusum svæðum sé fjölgað og er svo komið að tugir veitingastaða eru alveg reyklusir og fjölmargir staðir til viðbótar leyfa ekki reykingar í matsölum. Miklar umræður hafa verið síðustu árin um starfsumhverfi þeirra sem vinna í reykmettuðu lofti og hafa nokkur lönd þessa vegna bannað reykingar á veitingastöðum sem og öðrum vinnustöðum og önnur eru að ihuga það. Veitingamenn leggja ríka áherslu á að breytingar sem gerðar verða á lögum um tóbaksvarnir vegna þessa verði gerðar í samstarfi við greinina.”

Athugasemd við 2. grein frumvarpsins

- a) Gerð er alvarleg athugasemd við skilgreininguna á þjónustusvæði utanhúss. Skilgreiningin er illskiljanleg og virðist auk þess ganga skemur en í t.d. Noregi og Svíþjóð. Lögð er áhersla á að ákvæði um aðstæður utanhúss séu í reglugerð svo hægt sé að gera breytingar í ljósi reynslunnar án þess að breyta lögum. Það er brýnt að reglur um utanhúss veitingar séu skýrar og mæti þörfum veitingamanna og gesta þeirra þegar svo róttækar breytingar eru framkvæmdar á veitingum innanhúss.
- b) Engin athugasemd.
- c) Gerð er sú krafa að ráðherra hafi samráð við Samtök ferðapjónustunnar við reglugerðasmíð.

Með tilliti til ofangreindrar ályktunar eru ekki gerðar athugasemdir við aðrar greinar frumvarpsins enda virðast ákvæði þeirra vera í samræmi við hana.

Veitinga- og gististaðir hafa í fjölmörg ár haft frumkvæði að reyklausum hótélherbergjum, reyklausum morgunverði og nú síðustu ár reyklausum veitingasölum og hefur orðið mjög hröð þróun í þeim málum. Umræðan hefur þó breyst síðustu misseri um leið og nágrannalönd hafa verið að innleiða reykþann vegna vinnuverndarsjónarmiða. Það var því samdóma niðurstaða veitingamanna á aðalfundi SAF í fyrra að ganga skrefið til fulls. Fylgst hefur verið með umræðunni í þeim löndum sem nú þegar hafa innleitt reykþann og virðist það hafa gengið ágætlega þótt ljóst sé að ákveðnar tegundir veitingastaða hafa tapað talsverðri veltu við þessar breytingar. Talsverðar umræður urðu um lokuð reykherbergi sem kveðið er á um í sænsku lögnum en sænska hótél- og veitingasambandið var mótfallið slíku reykherbergi. Sænsku samtökin gera ekki ráð fyrir að mörg veitingahús notfæri sér þetta og líta á þau sem dýra millilausn. Samtök ferðaþjónustunnar eru sammála málflutningi samtakanna í Noregi og Svíþjóð um að reykherbergi séu óásættanleg vegna samkeppnissjónarmiða.

Samtök ferðaþjónustunnar mæla því með því að frumvarpið verði samþykkt að teknu tilliti til athugasemda okkar við 2. grein hér að ofan.

Virðingarfyllt
f.h. Samtaka ferðaþjónustunnar



Erna Hauksdóttir
frankvæmdastjóri

Alþingi
Erindi nr. Þ 132/978
komudagur 23.2.2006



SAMTÖK HEILBRIGÐISSTÉTTA

Nefndarsvið Alþingis
Elín Valdís Þorsteinsdóttir
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Reykjavík, 21. febrúar 2006.

Frumvarp um breytingu á lögum nr.6/2002, um tóbaksvarnir.

Tilvísun:
132.löggjafarþing 2005-2006
Þskj. 470 - 388. mál.

Veftilvísun:
<http://www.althingi.is/altex/132/s/0470.html>

Stjórn Samtaka heilbrigðisstétta hefur engar athugasemdir við frumvarpið.

F.h. stjórnar Samtaka heilbrigðisstétta
Fríður Garðarsdóttir
ritari

Alþingi
Erindi nr. P 132/1474
komudagur 27.3.2006

Reykjavík 17. febrúar 2006

Nefndarsvið Alþingis
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

**Varðandi: Umsögn um frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um
tóbaksvarnir**

Samtök lungnasjúklinga fagna framkomnu frumvarpi um breytingu á lögum nr. 6/2002 um tóbaksvarnir. Megintilgangur frumvarpsins er vernd starfsmanna fyrir óbeinum reykingum á vinnustöðum. Samhliða er rennt frekari stöðum undir verndun almennings fyrir óbeinum reykingum. Þess er jafnframt vænst að enn frekar dragi úr reykingum í landinu í kjölfar lagabreytingarinnar.

Frumvarpið tekur á brýnu heilbrigðisvandamáli og rökstuðningur fyrir því er vandaður. Samtök lungnasjúklinga styðja heilshugar framkomnið frumvarp um breytingu á lögum um tóbaksvarnir.

Virðingarfyllt,



Jóhanna Pálsdóttir, formaður

Samtök lungnasjúklinga
Kt. 670697-2079 • S. ~~562 2114~~ 560 4812
Síðumúla 6 • 108 Reykjavík

Alþingi
Erindi nr. P 132/954
komudagur 22. 2. 2006.



talsmaður neytenda

Alþingi - nefndasvið
B.t. ritara heilbrigðis- og trygginganefndar
Alþingi
150 Reykjavík

Embætti talsmanns neytenda
Forbrugertalsmanden
The Consumer Spokesman

tn@tn.is www.tn.is

Höfðaborg
Borgartúni 21, 2. hæð
IS-105 Reykjavík
Sími 510 1100, fax 510 1101

Reykjavík, 21.02.2006
Tilv. 2005/0037

GT

Efni: Umsögn talsmanns neytenda um 388. mál, reykingabann, frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002 um tóbaksvarnir (132. löggjafarþing)

Vísað er til bréfs yðar, dags. 6. febrúar sl., um ofangreint þingmál.

Tel ég ástæðu til þess að fagna fram komnu frumvarpi.

Ég geri ekki athugasemdir við að frumvarpið verði samþykkt óbreytt enda tel ég að í a-lið 2. gr. frumvarpsins um hálfumlukt „þjónustusvæði“ sé eins og æskilegt er komið nægilega til móts við þann tæpa fimmtung fullorðinna sem enn reykir daglega en af þeim má telja að sumir eigi erfitt með að hætta reykingum alfarið, m.a. af erfðatengdum ástæðum, sbr. til hliðsjónar grein í vikuritinu *The Economist* 28. janúar 2006, bls. 78. Verði frumvarpið óbreytt að lögum verður unnt að gagnálykta frá 2. málslið 1. mgr. 9. gr. laga nr. 6/2002 um tóbaksvarnir með þessari breytingu.

Að öðru leyti vísa ég til athugasemda í greinargerð með frumvarpinu og greinargerðar Lýðheilsustöðvar sem fylgdi því.

Virðingarfyllst,
talsmaður neytenda,

Gísli Tryggvason.

talsmaður neytenda

- stendur vörð um hagsmuni og réttindi neytenda
- stuðlar að aukinni neytendavernd
- gefur út rökstuddar álitserðir
- gerir tillögur um úrbætur
- kynnir reglur um neytendamál
- leiðbeinir um meðferð ágreiningsmála
- bregst við brotum gegn réttindum og hagsmunum neytenda
- er óháður fyrirmælum frá öðrum



Alþingi
Erindi nr. P 132/1034
komudagur 24.2.2006

UMBOÐSMAÐUR BARNA

Nefndasvið Alþingis
Austurstræti 8-10,
150 Reykjavík

Reykjavík, 21. febrúar 2006
Tilvísun: UB 0602/4.1.1

Efni: Frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir, 388. mál, reykingabann.

Vísað er til bréfs heilbrigðis- og trygginganefndar Alþingis, dagsett 6. febrúar 2006, þar sem óskað er eftir umsögn um ofangreint frumvarp.

Markmið frumvarpsins er að vernda almenning gegn skaðsemi óbeinna reykinga og tryggja starfsmönnum veitinga- og skemmtistaða heilsusamlegt vinnuumhverfi í samræmi við almenn vinnuverndarsjónarmið. Með vísan til þessa styður undirrituð framkomið frumvarp og væntir þess að það verði samþykkt á hinu háa Alþingi.

Virðingarfyllst,

Ingibjörg Rafnar

Alþingi
Erindi nr. P 132/1463
komudagur 24.3.2006.

UST

Nefndasvið Alþingis
Heilbrigðis- og trygginganefnd
Austurstræti 8-10
150 Reykjavík

Umhverfisstofnun

Environment and Food Agency of Iceland

☒ Suðurlandsbraut 24
IS - 108 Reykjavík, Ísland

© (+354) 591 2000
Fax (+354) 591 2010
umhverfisstofnun@ust.is
www.umhverfisstofnun.is

22. mars 2006
Skjalanúmer: 22.8
Tilvísun: UST20060200044/KG

**Frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir,
reykingabann, 388. mál.**


Vísað er til erindis heilbrigðis- og trygginganefndar, dags. 6. febrúar sl., þar sem óskað er umsagnar Umhverfisstofnunar um frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir, 388. mál. Í frumvarpinu er lagt til að tóbaksreykingar verði óheimilar í þjónusturýmum stofnana, fyrirtækja og félagasamtaka.

Umhverfisstofnun styður heilshugar efni frumvarpsins og leggur áherslu á mikilvægi heilbrigðs umhverfis, jafnt fyrir starfsmenn og gesti sem verða eða æskja þess að njóta þjónustu viðkomandi aðila.

Umhverfisstofnun telur einnig mikilvægt að við setningu reglugerða, sbr. c-lið 2. gr. frumvarpsins verði leitað viðtæks samráðs hjá umræddum ráðuneytum og undirstofnunum þeirra.

Virðingarfyllt,


Davíð Egilson
forstjóri


Sigurbjörg Gísladóttir
forstöðumaður

Alþingi
Nefndasvið
150 REYKJAVÍK

Reykjavík 22. febrúar 2006

Tilvísun: 200602-0024/ 0.03.01

Umsögn Vinnueftirlitsins um frumvarp til laga um breytingu á lögum nr. 6/2002, um tóbaksvarnir.

Vinnueftirlitið fagnar því að umrætt frumvarp er komið fram. Grundvallaratriði vinnuverndar er að tryggja starfsfólki, hættulaust vinnuumhverfi. Bann við reykingum á vinnustöðum er liður í því. Tóbaksreykingar, beinar og óbeinar eru án efa ein best þekkt heilsuvá í dag og því úr öllu samræmi að slíkt skuli heimilt á vinnustöðum, hvort sem er í þjónusturýmum eða öðrum rýmum. Þó frumvarpið feli í sér mikla framför í vinnuvernd á vinnustöðum sem tengjast gisti- og veitingahúsarekstri, þá væri mun einfaldara að fella niður hugtakið þjónusturými úr lögnum, því starfsmenn koma á endanum einhvern tíma í öll rými vinnustaðarins.

Lagt er til að 1. gr. frumvarpsins falli niður

Lagt er til að 2. gr. umorðist og hljóði svo:

Eftirfarandi breytingar verði á 9. gr. laganna:

a. 1. mgr. orðast svo:

Tóbaksreykingar eru óheimilar í stofnunum, fyrirtækjum og félagasamtökum, þ.m.t. á veitinga- og skemmtistöðum og þar sem menningar- og félagsstarfsemi fer fram, t.d. íþróttá- og tólmundastarf. Sama gildir ef vinnusvæðið er utan húss sé það undir föstu eða færanlegu þaki og meira en að hálfu leyti umlukið veggjum eða sambærilegum mannvirkjum.

b. 2. og 5. mgr. falla brott.


c. 6. mgr. orðist svo:

Ráðherra er heimilt að setja með reglugerð nánari ákvæði um framkvæmd banns við reykingum á veitinga- og skemmtistöðum í samráði við samgönguráðherra, félagsmálaráðherra og umhverfisráðherra.

Vinnueftirlitið leggst eindregið gegn því að opnað verði fyrir undanþágur frá banni við tóbaksnotkun á vinnustöðum. Reykrými, jafnvel án þjónustu kalla samt á að starfsmenn með einhverjum hætti komi að þeim og lendi þar með í tóbaksmengun. Þó að kynnt væri fyrirfram í starfslýsingu að starfið væri í raun fyrir reykingafólk, þá reyna flestir reykingamenn að hætta og þá hætta langflestar reykingakonur reykingum á meðan þær eru með barni. Slík rými eru þannig einnig gegn hagsmunum reykingafólks á vinnumarkaði.

Vinnueftirlitið vill einnig taka fram að fjöldi kvartana vegna tóbaksreykinga á vinnustöðum var um 55 árið 2000 en hefur síðan farið mjög fækkandi, sem án efa lýsir því hve sátt fólk á vinnumarkaði er við bannið. Vinnueftirlitið er sannfært um að algert bann við reykingum á öllum vinnustöðum, verði vel tekið af starfsfólki og almenningi, og stuðli að heilsusamlegri og öruggari vinnustöðum til framtíðar.

Virðingarfyllst,


Eyjólfur Sæmundsson
Forstjóri


Kristinn Tómasson
Yfirlæknir Vinnueftirlitsins