

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.10 Konklusjon med henblikk på hygieniske tiltak

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