



EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 30.1.2007
KOM(2007) 27 slutlig

GRÖNBOK

Mot ett rökfritt Europa: policyalternativ på EU-nivå

(framlagt av kommissionen)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

I.	INLEDNING	4
II.	MOTIVERING	5
1.	Hälsoaspekter	5
1.1.	Hälsofaror vid exponering för miljötobaksrök.....	5
1.2.	Exponeringsnivåer	6
1.3.	Effekterna av initiativ för rökfrihet.....	7
2.	Ekonomiska överväganden	7
2.1.	Den ekonomiska bördan.....	7
2.2.	Effekterna av initiativ för rökfrihet.....	7
2.3.	Risk för oavsiktliga konsekvenser	8
3.	Sociala hänsynstaganden.....	8
3.1.	Det allmänna stödet för lagstiftning om rökfrihet.....	8
3.2.	Effekter på tobaksbruket	9
3.3.	Effekter på den sociala jämlikheten	9
4.	Drivkraft för åtgärder	9
III.	NUVARANDE LAGSTIFTNING	10
1.	Nationella bestämmelser	10
2.	Befintliga gemenskapsbestämmelser	11
IV.	RÖKFRIHETSINITIATIVETS RÄCKVIDD	12
1.	Generellt rökförbud.....	12
2.	Rökförbud med undantag.....	14
2.1.	Undantag för tillståndspliktiga serveringsmiljöer.....	14
2.2.	Undantag för pubar och barer som inte serverar mat.....	15
2.3.	Slutna, separat ventilerade rökrum.....	15
V.	POLICYALTERNATIV	16
1.	Bevara status quo	17
2.	Frivilliga åtgärder.....	18
3.	Den öppna samordningsmetoden	18
4.	Rekommendation från kommissionen eller rådet	19

5.	Bindande lagstiftning	20
VI.	AVSLUTANDE ANMÄRKNINGAR	20
VII.	BILAGOR.....	23

I. INLEDNING

Exponering för miljötabaksrök, även kallat passiv rökning, är fortfarande en utbredd orsak till översjuklighet och överdödlighet i Europeiska unionen och medför stora kostnader för samhället i stort.

En samordnad insats för ”ett rökfritt Europa” är en av prioriteringarna i kommissionens politik för folkhälsa, miljö, sysselsättning och forskning. I den europeiska handlingsplanen för miljö och hälsa 2004–2010 har kommissionen åtagit sig att utveckla arbetet med att förbättra inomhusluften, särskilt genom att främja rökförbud på alla arbetsplatser med hjälp av rättsliga mekanismer och hälsofrämjande initiativ på såväl EU-nivå som nationell nivå.

Viktiga steg på vägen har redan tagits när det gäller att främja rökfria miljöer i EU. I början av 1990-talet kom en rad EU-direktiv om arbetsmiljöskydd med vissa restriktioner mot rökning på arbetsplatsen. Dessa kompletterades av rådets resolution från 1989¹ och rekommendationen om förebyggande av rökning och om initiativ för en effektivare tobakskontroll från 2002², där medlemsstaterna uppmanades att ge ett skydd mot exponering för passiv rökning på arbetsplatser inomhus, på avgränsade offentliga lokaler och på kollektiva färdmedel. Förutom lagstiftningsåtgärderna har EU fört två anti-tobakskampanjer i medierna – ”Feel free to say no” (2001–2004) och ”HELP: för ett liv utan tobak” (2005–2008) – med syftet att belysa riskerna med passiv rökning och uppmuntra till en tobaksfri livsstil, särskilt bland unga.

Den nationella lagstiftningen skiljer sig stort mellan de olika medlemsstaterna. Kommissionen framhåller lagstiftningen i Irland, Italien, Malta, Sverige och delar av Förenade kungariket som mycket goda exempel, och uppmanar alla medlemsstater att göra snabba framsteg med att införa effektiva åtgärder för att skydda sina medborgare från de skadliga verkningarna av passiv rökning.

På internationell nivå erkänner Världshälsoorganisationen (WHO) i sin ramkonvention om tobakskontroll (WHO FCTC), som undertecknats av 168 parter och ratificerats av 141³, däribland gemenskapen, att vetenskaplig bevisning otvetydigt har slagit fast att tobaksbruk och exponering för tobaksrök orsakar död, sjukdomar och funktionshinder. Enligt konventionen är gemenskapen och dess medlemsstater skyldiga att genomföra åtgärder som ger skydd mot exponering för tobaksrök på arbetsplatser inomhus, allmänna transportmedel och offentliga platser inomhus.

Syftet med den här grönboken är att inleda en bred samrådsprocess och en öppen offentlig debatt som involverar EU-institutionerna, medlemsstaterna och det civila samhället, om det bästa sättet att ta itu med passiv rökning i EU.

Kommissionen kommer att noga analysera de kommentarer som kommer in som svar på denna grönbok och använda dem som grund för att besluta om möjliga fortsatta åtgärder. En rapport med en sammanfattning av samrådets resultat är planerad till första halvåret 2007. Parallellt med detta arbete fortsätter det bredare arbetet med att förbättra inomhusluftens kvalitet som en uppföljning till handlingsplanen för miljö och hälsa.

II. MOTIVERING

1. HÄLSOASPEKTER

1.1. Hälsorisker vid exponering för miljötabaksrök

Miljötabaksrök innehåller över 4 000 kemiska ämnen. Många av dem är giftiga och över 50 ämnen är kända som cancerframkallande. Det har inte fastställts någon säker nivå för exponering för miljötabaksrök och det finns heller inga förväntningar om att ytterligare forskning kommer att kunna påvisa någon sådan.

Miljötabaksrök har klassificerats som en **känd cancerorsak hos människor** av USA:s miljöskyddsmyndighet (EPA) 1993, av USA:s folkhälsomyndighet (DHHS) 2000 och av Internationella cancerforskningsorganisationen (IARC) som ingår i WHO 2002. Dessutom har miljötabaksrök klassificerats som en **cancerorsak på arbetsplatsen** av den finska regeringen (2000) och av den tyska (2001). Nyligen har också miljöskyddsmyndigheten i Kalifornien klassificerat tobaksrök som en **giftig luftförorening**.

Flera nya undersökningar har bekräftat de allvarliga risker som passiv rökning innebär för liv och hälsa.⁴ Ständig exponering för andras tobaksrök har pekats ut som orsak till många av de sjukdomar som orsakas av aktiv rökning, bland annat lungcancer, hjärt-kärlsjukdomar och olika sjukdomar hos barn.

En undersökning som gjordes av WHO-IARC visade att icke-rökare som lever tillsammans med en rökare löper 20–30 % ökad risk att utveckla lungcancer. Den ökade risken vid exponering på arbetsplatsen har uppskattats till 12–19 %.⁵ Kopplingen mellan exponering för miljötabaksrök och andra typer av cancer är mindre tydlig.

Att leva tillsammans med en rökare har visat sig öka risken för hjärt-kärlsjukdomar hos icke-rökare med **25–30 %**⁶ (en nyare studie tyder på att siffran faktiskt kan vara ännu högre)⁷. Det finns också alltför många bevis för att det finns en koppling mellan passiv rökning och stroke hos icke-rökare, men det krävs mer forskning för att kunna uppskatta riskerna.⁸

Passiv rökning förknippas också med sjukdomar i **luftvägarna**⁹ och förvärrar symptomen hos personer med astma, allergier och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), vilket gör det svårare för dem att fungera i samhället och på arbetsplatsen. I en europeisk studie bland människor med symptom på allvarlig astma framkom att en av deras främsta önskningar inför framtiden var att kunna andas frisk luft.¹⁰

Passiv rökning är särskilt farligt för **småbarn och spädbarn**, då det finns kopplingar till plötslig spädbarnsdöd, lunginflammation, bronkit, astma och luftvägssjukdomar samt öroninflammation. Passiv rökning vid **gravitet** kan orsaka lägre födelsevikt, fosterdöd och för tidig födsel¹¹.

Den senaste forskningen tyder på att exponering för miljötabaksrök nästan fördubblar risken för åldersrelaterad makuladegeneration – den vanligaste orsaken till synnedsättning i EU.¹²

De flesta negativa effekterna på hälsan som orsakas av miljötabaksrök uppvisar ett linjärt dos-responsförhållande – med andra ord ökar risken stadigt med ökad exponering. Själva risknivån är lägre än vid aktiv rökning (t.ex. 1,2 respektive 20 i fråga om lungcancer), men det faktum att så många människor utsätts för passiv rökning innebär ändå en stor sjukdomsburda.

Dessutom är **dos-responsförhållandet** för hjärtsjukdomar **icke-linjärt**. Passiv rökning innebär en risk för hjärtsjukdom som är nästan hälften så stor som vid rökning av 20 cigaretter om dagen. Även små mängder tobaksrök kan ha en direkt effekt på bildandet av blodproppar, liksom långsiktiga effekter på utvecklingen av åderförkalkning, vilka är viktiga faktorer när det gäller hjärtsjukdomar.¹³ Det här är en mycket betydelsefull faktor: hjärtsjukdom är den vanligaste dödsorsaken i EU, bland både rökare och icke-rökare.

Enligt de senaste – försiktiga – uppskattningarna från samarbetet mellan European Respiratory Society, Cancer Research UK och Institut National du Cancer i Frankrike dör varje år **över 79 000 vuxna** till följd av passiv rökning i EU:s 25 medlemsstater. Det finns bevis för att passiv rökning **i arbetsmiljön** stod för över **7 000 dödsfall** i EU under 2002, medan exponering i hemmiljön låg bakom ytterligare **72 000 dödsfall**. Dessa uppskattningar inkluderar död i hjärtsjukdom, stroke, lungcancer och vissa luftvägssjukdomar som orsakas av passiv rökning. De omfattar dock inte dödsfall hos vuxna som orsakats av andra tillstånd som kan ha samband med exponering för miljötabaksrök (som lunginflammation), barnadödlighet och den mycket omfattande sjukligheten, både akut och kronisk, som orsakas av passiv rökning.¹⁴

1.2. Exponeringsnivåer

De flesta som utsätts för kronisk och långvarig exponering för miljötabaksrök utsätts för det i **hemmet** och på **arbetsplatsen**.¹⁵ Enligt 1998 års rapport från informationssystemet om exponering för carcinogener på arbetsplatsen (**CAREX**) var passiv rökning den näst vanligaste formen av exponering för carcinogener (efter solstrålning) i EU:s dåvarande 15 medlemsstater. Omkring 7,5 miljoner europeiska arbetstagare utsattes för andras tobaksrök under minst **75 % av sin arbetstid** under perioden 1990–93.¹⁶

En undersökning som gjordes på ett antal offentliga platser i sju europeiska städer 2001–2002 visade att det fanns tobaksrök på de flesta av de offentliga platser som undersöktes, däribland serverings- och nöjeslokaler, transportmedel, sjukhus och utbildningsanstalter. De högsta halterna av miljötabaksrök fanns i barer och diskotek. Fyra timmars exponering på ett diskotek motsvarar de halter man får i sig genom att bo tillsammans med en rökare i en månad.¹⁷ Uppgiften att exponeringsnivåerna är exceptionellt höga i serveringsmiljöer har bekräftats av andra undersökningar, där man funnit att den genomsnittliga exponeringen för barpersonal är tre eller fyra gånger högre än exponeringen i ett hushåll med rökare.¹⁸

På senare tid har lagstiftning om rökfrihet lett till att exponeringen på arbetsplatser nästan helt eliminerats i vissa medlemsstater och i vissa typer av lokaler, medan exponeringen i länder utan omfattande begränsningar fortfarande är hög, särskilt inom serverings- och nöjessektorn.¹⁹

För att kunna göra en bedömning av exponeringen för miljötobaksrök på EU-nivå har EU:s expertgrupp om biologisk övervakning av människor²⁰ rekommenderat att kotinin (en viktig biomarkör som visar på exponering för tobaksrök) skall tas med i förteckningen över möjliga ämnen för det kommande EU-pilotprojektet om biologisk övervakning av människor. Medlemsstaterna har vid flera tillfällen ställt sig bakom denna rekommendation.

1.3. Effekterna av initiativ för rökfrihet

Åtgärder för att skapa rökfria miljöer skulle inte bara skydda människor från skadlig exponering för miljötobaksrök utan också bidra till en minskning av tobaksbruket bland befolkningen i stort. Hälsoeffekterna av minskad passiv och aktiv rökning skulle bland annat vara en **minskning av sjukdom och dödlighet** i de stora sjukdomskategorierna – särskilt lungcancer, hjärt-kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar och stroke – och en ökad förväntad livslängd. Det kan ta upp till 30 år innan den fulla effekten uppnås, men redan inom 1–5 år kan stora förbättringar börja märkas, särskilt när det gäller luftvägssjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar.

I CHOICE-projektet, som drivs av WHO, utpekades rökförbud på offentliga platser som den **näst effektivaste formen av insatser** för att minska tobaksrelaterad dödlighet och sjuklighet, efter skatteökningar (se bilaga I).

2. EKONOMISKA ÖVERVÄGANDEN

2.1. Den ekonomiska bördan

Uppgifter från medlemsstaterna (Förenade kungariket, Irland) och från länder utanför EU tyder på att den passiva rökningen genererar stora kostnader för individen och för samhället, men det finns ännu inte några beräkningar av de totala kostnaderna för hela EU-27. Den **ekonomiska bördan totalt sett** omfattar dels de direkta kostnaderna i samband med ökade vårdkostnader för tobaksrelaterade sjukdomar, dels de indirekta kostnaderna i samband med produktivitetsförluster och bortfall av inkomstskatter och sociala avgifter från de sjukdomsdrabbade rökare och offer för passiv rökning som i annat fall skulle ha varit löntagare.²¹

Den ekonomiska bördan är särskilt stor för **arbetsgivare** då den innefattar lägre produktivitet på grund av rökpauser och ökad sjukfrånvaro, brandskador som orsakats av rökning samt rökningens relaterade extrakostnader för rengöring och ommålning m.m.²² I Kanada uppskattades 1995 årskostnaden per rökande anställd till 2 565 kanadensiska dollar mer än för en motsvarande icke-rökande anställd. De skotska arbetsgivarnas förluster på grund av minskad produktivitet, högre frånvaro och brandskador som av misstag har orsakats av rökning uppskattades till mellan 0,51 % och 0,77 % av Skottlands bruttonationalprodukt 1997. I Irland var motsvarande siffra 1,1–1,7 % av BNP 2000.²³

2.2. Effekterna av initiativ för rökfrihet

På längre sikt kan de potentiella hälsoförbättringar som rökfrihetspolitiken leder till få **avsevärda ekonomiska effekter**. I den konsekvensanalys som den brittiska regeringen gjort av lagstiftningen uppskattas de långsiktiga nettovinsterna av en

omfattande lagstiftning om rökfrihet uppgå till 1 714–2 116 miljarder brittiska pund om året.²⁴ I Skottland, Wales och Nordirland har nettovinsterna av rökförbud beräknats till 4,387 och 2,096 miljarder pund under en 30-årsperiod respektive 1,101 miljarder pund under en 20-årsperiod.²⁵

2.3. Risk för oavsiktliga konsekvenser

Eftersom rökfrihetspolitiken kommer att motivera en del rökare att sluta, eller att röka mindre, kan det uppstå **vinstminskningar i tobaksindustrin** och därmed minskad sysselsättning i denna bransch. Arbetsstillfällena inom tobaksindustrin utgör dock en relativt liten andel av den totala sysselsättningen inom EU. Under 2000 stod sysselsättningen inom tobaksindustrin (tobaksodling, bearbetning och tillverkning) för omkring 0,13 % av den totala sysselsättningen i EU-15.²⁶ Dessutom kan man anta att de pengar som för närvarande används till tobak kommer att gå till andra varor och tjänster, vilket genererar sysselsättning inom andra ekonomiska sektorer.

En minskad aktiv rökning kommer också att innebära **minskade intäkter från tobaksskatt för medlemsstaterna** (punktskatter och mervärdesskatt). Det bör dock noteras att även om tobaksskatterna i de flesta EU-länderna ger betydande intäkter, utgör de inte någon betydande andel av statens totala budget (1–5 %). Undantagen är Tjeckien, Polen och Grekland, där tobaksskatten stod för 6, 7 respektive 9 % av de statliga skatteinkomsterna 1999.²⁷ Om rökförbud införs skulle inte bara samhällskostnaderna i samband med rökning minska utan även den disponibla inkomsten för hushåll med rökare öka, och de extra intäkter från mervärdesskatter som kommer sig av att dessa hushåll använder sina pengar till annat, skulle delvis uppväga de förlorade intäkterna.

Ett visst produktionsbortfall kan förväntas från rökare som för närvarande tillåts röka på arbetsplatsen och som kommer att fortsätta röka, men får gå utanför byggnaden för att ta rökpaus.

3. SOCIALA HÄNSYNSTAGANDEN

3.1. Det allmänna stödet för lagstiftning om rökfrihet

Nästan 70 % av EU:s medborgare är icke-rökare²⁸ och studier visar att de flesta som röker vill sluta.²⁹

Enligt en nyligen genomförd **Eurobarometerundersökning** om européernas inställning till tobak³⁰ är tre fjärdedelar av befolkningen i EU medveten om att tobaksrök utgör en hälsofara för icke-rökare, medan 95 % känner till att rökning i närheten av en gravid kvinna kan vara mycket farligt för barnet.

Undersökningen visar att **rökfrihetspolitiken stöds av EU:s medborgare** (se bilaga III). Fler än fyra av fem av dem som svarat är för rökförbud på arbetsplatsen (86 %) och andra offentliga platser inomhus (84 %). En majoritet av européerna tycker också att det skall vara rökförbud i barer (61 %) och på restauranger (77 %). Stödet för rökfria pubar (över 80 %) och restauranger (över 90 %) är högst i de fyra medlemsstater som redan har infört rökförbud i serveringsmiljöer. Det är ytterligare

ett tecken på att stödet för rökfrihetspolitiken tenderar att öka under förberedelserna för dess införande, för att sedan öka ännu mer när den har genomförts.³¹

3.2. Effekter på tobaksbruket

En viktig indirekt vinst med rökfrihetspolitiken är att den ökar medvetenheten om farorna med aktiv och passiv rökning och därmed bidrar till en ”**avnormalisering**” av rökningen i samhället. Den ändrade synen på rökning kan förväntas leda till förändrade rökvanor, särskilt på följande sätt:

- Den gör det lättare för rökare att bestämma sig för att sluta röka eller att röka mindre och ger dem stöd i avvänjningen.³²
- Den avskräcker barn och ungdomar från att börja röka.³³ Rökförbud i nöjeslokaler – där ungdomar ofta ”provar på” cigaretter – kan förväntas ha den största effekten.
- Den får rökare att avhålla sig från att röka i närvaro av icke-rökare, särskilt barn och gravida kvinnor, även på platser där det inte finns något reglerat rökförbud (t.ex. i hemmet och i privatbilar).³⁴ Detta är viktigt eftersom det framför allt är barn som drabbas av passiv rökning i hemmiljön, ett område som ingen lagstiftning kan reglera.

3.3. Effekter på den sociala jämlikheten

Rökfrihetspolitiken kan också bidra till att minska den sociala ojämlikheten i hälsa. Med tanke på att personer med lägre utbildning, inkomster och yrkesgrad löper störst risk att bli rökare och att utsättas för passiv rökning, kan åtgärder för rökfria miljöer förväntas få de starkaste positiva effekterna bland samhällets minst gynnade grupper.

4. DRIVKRAFT FÖR ÅTGÄRDER

Som part i WHO:s **ramkonvention om tobakskontroll (FCTC)** är gemenskapen skyldig att vidta åtgärder för en rökfri miljö. Enligt artikel 8 i ramkonventionen har varje part åtagit sig att besluta om och genomföra effektiva lagstiftnings-, exekutiva, administrativa och/eller andra åtgärder som ger skydd mot exponering för tobaksrök på arbetsplatser inomhus, allmänna transportmedel, offentliga platser inomhus och i förekommande fall andra offentliga platser. Vid FCTC-parternas första konferens i februari 2006 enades man om att utarbeta riktlinjer om rökfria miljöer som skulle läggas fram vid parternas andra konferens, vilken skall äga rum under första halvåret 2007.

Europeiska unionens råd uppmanade i sin rekommendation år 2002 om förebyggande av rökning och om initiativ för en effektivare tobakskontroll kommissionen att ”överväga om de åtgärder som anges i denna rekommendation fungerar effektivt och överväga behovet av ytterligare åtgärder, särskilt om skillnader konstateras inom den inre marknaden på de områden som omfattas av denna rekommendation”. Vid ett möte i **regleringskommittén om tobak**³⁵ i september 2005 enades medlemsstaterna dessutom om att ett kommissionsinitiativ i form av en grönbok eller ett meddelande skulle bidra till att ge spridning åt god praxis och stärka de nationella insatserna för att skapa rökfria miljöer.

Europaparlamentet välkomnade ”kommissionens vilja att även fortsättningsvis motarbeta rökning på slutna platser” och uppmanade den att ”klassificera tobaksrök i miljön som ett cancerogent ämne av klass 1” i sin resolution om kommissionens handlingsplan för miljö och hälsa i februari 2005.³⁶

EU-åtgärdernas mervärde har också erkänts i rapporten ”**Tobacco or Health in the European Union**” som utarbetats för kommissionens räkning av ett konsortium av experter på tobakskontroll.³⁷ Att det är önskvärt med insatser på EU-nivå har belysts ytterligare av två paneuropeiska projekt om föroreningar av inomhusluft som genomförs med stöd från gemenskapens folkhälsoprogram. I **INDEX-rapporten** som publicerats av EU:s gemensamma forskningscenter fastställs en lista med fem högprioriterade kemikalier (som alla finns i tobaksrök) som behöver regleras i inomhusmiljön. Dessutom rekommenderas att man förbjuder rökning inomhus på alla offentliga platser och arbetsplatser.³⁸ Samma rekommendationer har formulerats i **THADE-rapporten**³⁹, där miljötobaksrök pekades ut som den största enskilda faktorn bakom partikelkoncentration inomhus i byggnader där tobaksrökning förekommer.

III. NUVARANDE LAGSTIFTNING

1. NATIONELLA BESTÄMMELSER

Det finns en tydlig tendens mot rökfria miljöer i medlemsstaterna som bland annat drivs på av rättsliga krav på EU-nivå och internationell nivå. Alla medlemsstater har för närvarande någon slags reglering som syftar till att begränsa exponeringen för miljötobaksrök och dess skadliga hälsoeffekter. Dessa regleringar varierar mycket i fråga om räckvidd och karaktär.

Generella förbud mot rökning inomhus i **alla offentliga lokaler och på alla arbetsplatser**, inklusive barer och restauranger, har redan införts i Irland (mars 2004) och Skottland (mars 2006). I Nordirland, England och Wales kommer lagstiftning om generellt rökförbud att träda i kraft sommaren 2007.

Rökförbud med undantag infördes i Italien (januari 2005), Malta (april 2005) och Sverige (juni 2005) och tillåter att arbetsgivaren inrättar avskilda rökrum med separata ventilationssystem. Liknande åtgärder är planerade att träda i kraft i Frankrike i februari 2007 (övergångsperiod för serveringsmiljöer fram till januari 2008) och i Finland i juni 2007. Litauen skall bli rökfritt (med undantag för särskilt inrättade ”cigarr- och piprökarklubbar”) från och med januari 2007.

Ett antal andra medlemsstater har förbjudit rökning i alla offentliga lokaler och på alla arbetsplatser, med **undantag för serverings- och nöjessektorn** där vissa begränsande undantag gäller. Bland dessa länder finns till exempel Belgien, Cypern, Estland, Finland, Nederländerna, Slovenien och Spanien.

De flesta medlemsstaterna har lagstiftning som förbjuder eller begränsar rökning på **viktiga offentliga platser**, som sjukvårdsinrättningar, skolor och myndigheter, teatrar, biografier och kollektiva färdmedel. Begränsningar av rökning på

arbetsplatser är mindre vanliga. Åtgärdernas kraft varierar från resolutioner eller frivilliga överenskommelser till strikt lagstiftning med påföljder vid överträdelser.

Till följd av ofullständig lagstiftning eller bristande efterlevnadskontroll har flera nationella myndigheter och arbetsgivare ställts inför rätta av medborgare som anser att deras hälsa skadats på grund av passiv rökning.⁴⁰

I flera medlemsstater förstärks de nationella bestämmelserna av strängare reglering på **regional och/eller lokal nivå**. Den rättsliga ramen kompletteras också av självreglerande åtgärder, då allt fler arbetsplatser, skolor, sjukhus, kollektivtrafikföretag osv. frivilligt inför rökförbud. Allt mer görs för att hjälpa personal som vill sluta röka och för att främja konceptet ren inomhusluft som en grundläggande rättighet för alla medborgare och anställda.

2. BEFINTLIGA GEMENSKAPSBESTÄMMELSER

På EU-nivå har frågan om rökfria miljöer tagits upp i **icke-bindande resolutioner och rekommendationer**, i vilka medlemsstaterna uppmanats att på ett adekvat sätt skydda medborgarna från exponering för miljötobaksrök. I **rådets resolution från 1989**, 89/C 189/01⁴¹, om rökning på offentliga platser uppmanades medlemsstaterna att anta åtgärder för att förbjuda rökning på offentliga platser och på alla kollektiva färdmedel. På senare tid har medlemsstaterna i **rådets rekommendation 2003/54/EG**⁴² om förebyggande av rökning och om initiativ för en effektivare tobakskontroll uppmanats att genomföra effektivare åtgärder som kan ge skydd mot passiv rökning på arbetsplatser inomhus, avgränsade offentliga lokaler och kollektiva färdmedel.

Tobaksrök nämns inte uttryckligen i **ramdirektivet om arbetstagares hälsa och säkerhet på arbetsplatsen** (89/391/EEG)⁴³, men det omfattar alla hot mot arbetstagares hälsa och säkerhet.⁴⁴ Enligt direktivet skall den enskilde arbetsgivaren bedöma riskerna på arbetsplatsen och införa adekvata förebyggande åtgärder och skyddsåtgärder.

Dessutom finns ett antal enskilda arbetsmiljödirektiv som genom att fastställa ”**minimikrav**” i fråga om specifika risker innehåller vissa bestämmelser som skall **skydda arbetstagare från miljötobaksrök** (se nedan). Dessa direktiv skall införlivas i medlemsstaternas egen lagstiftning och efterlevnaden skall kontrolleras. I enlighet med fördraget får medlemsstaterna införa strängare åtgärder.

I **direktivet om minimikrav för säkerhet och hälsa på arbetsplatsen** (89/654/EEG)⁴⁵ liksom direktiven för tillfälliga eller rörliga byggarbetsplatser (92/57/EEG)⁴⁶, utvinningsindustri som utnyttjar borning (92/91/EEG)⁴⁷ och utvinningsindustri ovan och under jord (92/104/EEG)⁴⁸ krävs att arbetsgivaren skall se till att det finns tillräcklig ventilation och tillräckligt med frisk luft på slutna arbetsplatser och att icke-rökare skyddas mot obehag av tobaksrök i pausutrymmena.

I **direktivet om carcinogena och mutagena ämnen** (2004/37/EG)⁴⁹ och **asbestdirektivet** (83/477/EEG)⁵⁰ förbjuds rökning i utrymmen där carcinogena och mutagena ämnen respektive asbest hanteras. Enligt **direktivet om gravida**

arbetstagare (92/85/EEG) skall arbetsgivare vidta åtgärder för att skydda gravida och ammande kvinnor från exponering för koloxid.

Vissa ämnen i miljötabaksrök (som arsenik, 1,3-butadien, bensen och propylenoxid) klassificeras som carcinogena enligt bilaga I till **direktivet om farliga ämnen** (67/548/EEG)⁵¹. Tobaksrök som sådan faller utanför EU:s kemikalielagstiftning eftersom denna endast är tillämplig för ämnen och preparat som **släpps ut på marknaden** i medlemsstaterna.⁵²

IV. RÖKFRIHETSINITIATIVETS RÄCKVIDD

En nyckelfråga vid utformningen av ett EU-initiativ för rökfrihet är dess **räckvidd**. Med tanke på att exponering för miljötabaksrök förekommer på så många olika platser bör en effektiv rökfrihetspolitik omfatta en bred strategi hellre än att bara beröra vissa typer av företag eller lokaler.

Den mest omfattande strategin skulle bestå i att föreslå ett generellt förbud mot rökning inomhus på **alla slutna eller till största delen slutna arbetsplatser och offentliga lokaler**, däribland kollektiva färdmedel. Restriktionerna kunde också utsträckas till områden utomhus kring byggnadernas ingångar och eventuellt andra offentliga platser utomhus där människor sitter eller står nära varandra, som friluftarenor och utomhusscener, busshållplatser, tågplattformar osv. Några begränsade undantag skulle kunna göras för platser där människor bor stadigvarande (t.ex. särskilda rum i boendeinstitutioner som vårdhem, psykiatriska avdelningar, fängelser osv.).

En mindre sträng strategi vore att föreslå ett generellt förbud mot rökning inomhus på alla slutna eller till största delen slutna arbetsplatser och offentliga platser, men med **undantag för utvalda kategorier av lokaler**. För de undantagna lokalerna kunde minimikrav utarbetas för avskilda rökrum, bland annat ventilationsnormer. Undantag skulle till exempel kunna göras för

- tillståndspliktiga serveringslokaler (restauranger, pubar och barer),
- serveringslokaler där det inte serveras mat.

Insatserna för en rökfri miljö skulle få bäst resultat om de kompletterades av **stödåtgärder** på EU-nivå och/eller medlemsstatsnivå. En sådan stödpolitik skulle till exempel kunna omfatta informationskampanjer som belyser rätten till rökfri luft och farorna med passiv rökning, liksom bättre tillgång till hjälp med rökavvänjning (både metoder och läkemedel) till dem som vill sluta.

1. Generellt rökförbud

Fördelar

Bland alla alternativ är detta det som erbjuder den största minskningen av exponering för miljötabaksrök och därmed sammanhängande skador, vilket skulle ge EU:s medborgare lika möjligheter att försvara sin rätt att andas frisk luft inomhus, en rätt som erkänts av WHO.⁵³

Undersökningar som gjorts i länder med rökförbud visar att inomhusluftens kvalitet förbättrades avsevärt när rökförbudet infördes. Minskningen av passiv rökning har varit särskilt stor i serverings- och nöjeslokaler.⁵⁴ Detta har också lett till avsevärda förbättringar av restauranganställdas luftvägshälsa⁵⁵ och en betydande minskning av förekomsten av och dödligheten i hjärtinfarkter⁵⁶ inom bara några månader efter rökförbudets införande.

Ett generellt rökförbud skulle också ha störst inverkan när det gäller att avnormalisera rökning i samhället, att skapa en miljö som uppmuntrar rökare att röka mindre eller sluta helt och att förmå unga människor att inte börja röka.

Vid en granskning av 35 studier om effekterna av rökfrihetspolitik drogs slutsatsen att omfattande lagstiftning om ren luft på offentliga platser kan bidra till att minska rökningen bland hela befolkningen med omkring 10 %.⁵⁷ En granskning av 26 arbetsplatsstudier tydde också på att helt rökfria arbetsplatser kan kopplas till en minskning av rökningen med 3,8 % och med 3,1 färre cigaretter om dagen för varje dagligrökare.⁵⁸

Att generella rökförbud kan kopplas till en minskning av den aktiva rökningen har också bekräftats av erfarenheter från länder med rökförbud, där tobaksförsäljningen minskat (t.ex. med 8 % i Italien och 14 % i Norge) samtidigt som allt fler försökt sluta röka efter införandet av den nya lagstiftningen.⁵⁹ I Irland angav 80 % av dem som slutat röka att det var den nya lagen som motiverat dem, medan 88 % uppgav att lagen hade hjälpt dem att inte börja igen.⁶⁰ Trots farhågor om motsatsen tycks förbudet mot rökning i alla offentliga lokaler ha bidragit till att minska rökningen i hemmiljön, särskilt i närheten av små barn.⁶¹ I Irland har andelen rökfria hushåll ökat med 8 % sedan förbudet trädde i kraft.⁶²

När det gäller de sociala effekterna skulle vinsterna med detta alternativ vara koncentrerade till människor i de lägre socioekonomiska grupperna, eftersom det är här man finner flest rökare och flest anställda inom serveringsbranschen.

När det gäller kontroll av efterlevnaden är ett generellt rökförbud lättare att genomföra än partiella begränsningar. En efterlevnad på över 90 % i Italien och Irland visar att ett generellt rökförbud nästan är självkontrollerande, eftersom det sociala trycket blir en starkt hämmande faktor mot rökning. Behovet av efterlevnadskontroll av formella myndigheter minskar markant.

Nackdelar

Ett generellt förbud mot rökning på alla offentliga platser och arbetsplatser kommer troligen att väcka motstånd i vissa medlemsstater, och kan därför bli svårare att anta och genomföra. Detta alternativ är också det som tobaksindustrin och största delen av serveringsbranschen tydligt har klargjort att de tycker sämst om.

Man har uttryckt farhågor om att serveringsbranschen eventuellt skulle ta skada av rökförbud på pubar och restauranger. Men erfarenheterna från rökfria områden visar att det inte ger någon övergripande negativ inverkan på sysselsättningen eller inkomsterna i branschen.⁶³ I Irland ökade försäljningen i pubar och barer något (med 0,1 %) under 2005, vilket vände en nedåttrend som pågått sedan innan rökförbudet trädde i kraft.⁶⁴ Det kan i detta sammanhang vara värt att se

på en del statistik, även om den kommer från länder utanför EU. I Norge har det till exempel skett en lätt minskning, med 0,8 %, av försäljningen i serveringsföretag, men detta kan bero på ett antal andra faktorer, däribland vädret.⁶⁵ I New York City och Kalifornien tycks serveringsbranschen till övervägande del ha tjänat på rökförbudet.⁶⁶ Detta stämmer väl överens med en internationell sammanställning av 97 studier, där man inte kunnat finna några negativa effekter då man undersökt objektiva uppgifter som mervärdesskatt och anställningssiffror.⁶⁷

2. RÖKFÖRBUD MED UNDANTAG

Fördelar

Minskningen av både aktiv och passiv rökning och avnormaliseringen av tobaksbruk kan med detta alternativ förväntas vara större än om inga åtgärder alls vidtas.

Lagstiftning med undantag kan vara lättare att acceptera i vissa medlemsstater, särskilt för näringslivet, och en kompromiss är därför kanske lättare att genomföra. Samtidigt skulle enskilda medlemsstater, om de ville, kunna anta eller behålla strängare nationell lagstiftning, utan undantag.

Undantagen skulle kunna kompletteras med minimikrav för slutna rökrum, inklusive ventilationsnormer.

Nackdelar

Det här alternativet är mindre effektivt när det gäller de positiva hälsoeffekterna och sociala effekterna än ett generellt rökförbud.

Vissa av de mest sårbara grupperna skulle fortsätta att utsättas för passiv rökning. Ofullständig lagstiftning skulle kunna medföra en risk för att medlemsstaterna och/eller arbetsgivarna ställs inför rätta av medborgare som ådragit sig hälsoskador genom passiv rökning.

Undantag skulle inte ge samma effekt när det gäller att avnormalisera rökning som ett generellt förbud skulle ge. Internationella erfarenheter tyder på att reglering som tillåter rökning i vissa områden har ungefär hälften så stor effekt på rökvanorna jämfört med ett generellt rökförbud.⁶⁸

Med olika bestämmelser för olika etablissemang skulle det också bli mer komplicerat och dyrare att kontrollera efterlevnaden, och det skulle krävas mer skyltning och kontroller.

2.1. Undantag för tillståndspliktiga serveringsmiljöer

De som arbetar i serveringsmiljöer är mycket utsatta för passiv rökning och löper 50 % högre risk att drabbas av lungcancer.⁶⁹ Denna yrkesgrupp skulle fortsätta att vara utsatt för passiv rökning. Samma hälsorisk löper gästerna på barer och restauranger.

Enligt arbetskraftsundersökningssiffror för 2004 var nästan 4,3 miljoner personer anställda i hotell-, restaurang- och cateringbranschen i 15 av EU:s medlemsstater,

vilket motsvarade 3 % av det totala antalet anställda i dessa länder (det finns inga uppgifter om de övriga 10 medlemsstaterna). En betydande andel av de anställda i branschen är ungdomar och kvinnor.⁷⁰

Enligt den konsekvensanalys som gjorts av det skotska parlamentet förväntades minskningen av aktiv och passiv rökning enligt detta alternativ leda till en minskning av antalet dödsfall som skulle vara hälften, respektive en fjärdedel, av minskningen av antalet dödsfall vid ett totalt rökförbud.⁷¹

2.2. Undantag för pubar och barer som inte serverar mat

Detta alternativ skulle inte ge något skydd mot passiv rökning för den mest sårbara yrkesgruppen. Pubarnas och barernas gäster skulle inte heller skyddas. Det skulle också medföra en risk för att pubarna slutar servera mat för att kringgå rökförbudet.

Dessutom finns det en risk för att de befintliga ojämlikheterna i hälsa skulle öka: nyare studier från Förenade kungariket visar att exponeringen för miljötobaksrök är betydligt högre i pubar i mindre gynnade områden än i mer välbärgade områden.⁷² De flesta av de tillståndspliktiga lokaler som inte serverar mat finns dessutom i de mindre gynnade områdena och pubarna i dessa områden skulle få starkare skäl till att bara servera alkohol.⁷³

I den brittiska regeringens konsekvensanalys uppskattades hälsoeffekterna av detta alternativ till 40 % av de gynnsamma effekterna av ett generellt rökförbud (uppskattningen grundas på antagandet att 10–30 % av pubarna för närvarande inte serverar mat).⁷⁴

2.3 Slutna, separat ventilerade rökrum

Det finns bevis för att den teknik som används (blandning och utspädning av luften) har en begränsad effekt när det gäller halterna av miljötobaksrök i serveringsmiljöer och andra inomhusmiljöer.⁷⁵ Dessutom visar studier som genomförts i kontrollerade miljöer, som EU:s miljökammar Indoortron, att enbart en ökning av graden av luftbyte inte skulle leda till någon meningsfull förbättring av inomhusluftens kvalitet.⁷⁶ Deplacerande ventilation har rapporterats vara mer effektiv i vissa senare fallstudier som finansierats av tobaksindustrin⁷⁷, men **det går inte att helt eliminera tobaksrök med hjälp av ventilation.**⁷⁸

Vid den **första konferensen med parterna** i ramkonventionen om tobakskontroll enades parterna enhälligt om att det finns påtagliga bevis för att tekniska tillvägagångssätt inte skyddar mot exponering för tobaksrök.⁷⁹ Likaså antog American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (**ASHRAE**) – ett internationellt standardiseringsorgan för inomhusluftkvalitet och ventilation – ett positionsdokument 2005 om tillvägagångssätt för att kontrollera passiv rökning, där det fastställdes att det enda effektiva sättet att eliminera hälsorisker som är förknippade med exponering för miljötobaksrök är att förbjuda rökning i inomhusmiljöer.⁸⁰

Fysisk separation av rökare och icke-rökare i form av **slutna rökrum** kan öka effekten av ventilationssystem i de rökfria delarna av lokalerna.⁸¹ Denna metod

skyddar dock inte dem som vistas i rökrummet och den personal (t.ex. serverings- och städpersonal) som måste vistas i rummet på grund av sitt arbete.

Ett annat problem med rökrum är de betydande **kostnaderna**, vilka kan innebära ojämlika konkurrensvillkor för de mindre aktörerna.⁸² Driften och underhållet av ventilationen till rökrum kräver dessutom en omfattande infrastruktur för **inspektion och övervakning**. Det finns bevis för att ventilationssystem, i den mån de används, ofta inte uppfyller de lagstadgade normerna.⁸³

Om man skulle överväga ventilerade rökrum som ett hållbart alternativ för miljöer som kan undantas från rökförbudet skulle de behöva uppfylla följande krav:

- De skall vara helt slutna och isolerade från de rökfria områdena.
- De skall vara utrustade med ett eget ventilationssystem som är skilt från de rökfria områdena.
- De skall ha ett negativt lufttryck för att förhindra att tobaksrök sprider sig till andra områden.
- Det får inte förekomma någon annan aktivitet än rökning i rökrummet, detta för att minimera behovet av att personal skall arbeta där.⁸⁴

I Malta, Italien och Sverige, där man tillåter inrättande av separat ventilerade rökrum, har de flesta aktörerna valt att inte använda sig av den möjligheten.

V. POLICYALTERNATIV

Det finns flera **olika policyalternativ** för att uppnå målen för rökfrihet. Syftet bör vara att hitta ett alternativ som på bästa sätt bidrar till målen samtidigt som kostnader och bördor minimeras. De regleringsalternativ som beskrivs nedan anges i en ordningsföljd som innebär en stigande nivå av möjliga EU-insatser (från att upprätthålla den nuvarande insatsnivån till att utveckla en ny bindande rättslig ram grundad på EU-lagstiftning).

Policyalternativen **utesluter inte varandra** utan kan användas kompletterande. Exempelvis kan en rekommendation från kommissionen vara ett incitament till självreglerande initiativ bland aktörerna och medlemsstaterna. Självreglerande instrument kan å andra sidan bilda grunden till eller komplettera bindande rättsregler (och t.ex. täcka de miljöer som ännu inte omfattas av lagstiftningen eller som undantagits från rökförbudet).

De olika policyinstrumenten skulle ha olika räckvidd. EU:s arbetsmiljölagstiftning skulle t.ex. vara tillämplig på offentliga platser i den mån de är arbetsplatser, med de begränsningar som gäller enligt fördraget, medan ett generellt rökförbud på alla offentliga platser skulle kunna uppmuntras genom icke-bindande åtgärder (som rekommendationer från kommissionen eller rådet), lagstiftningsåtgärder som antas av medlemsstaterna och frivilliga åtgärder som antas av aktörerna.

För att ett reglerande instrument skall kunna vara effektivt måste det också förse med praktiska hjälpmedel för **efterlevnadskontroll** och en öppen

övervakningsmekanism. Införandet av regleringsåtgärder, antingen på EU-nivå eller på nationell nivå eller därunder, bör också föregås av **offentliga samråd och informationskampanjer** och av **konsekvensanalyser**.

1. BEVARA STATUS QUO

Detta alternativ innebär att EU inte inleder några nya insatser, men **fortsätter det nuvarande arbetet** kring passiv rökning inom ramen för de olika gemenskapsprogrammen (folkhälsa, forskning, sysselsättning). Utvecklingen av lagstiftning på detta område skulle överlätas till medlemsstaterna och FCTC-processen.

De resurser som sparas i stället för att man utvecklar och genomför nya policyinitiativ kan användas för att se till att de befintliga EU-rekommendationerna och arbetsmiljödirektiven genomförs på ett korrekt sätt. I synnerhet skulle riktlinjer för arbetsgivare, arbetstagare och medlemsstaternas behöriga myndigheter utarbetas för att se till att ramdirektivet (89/391/EEG) tillämpas på ett bättre sätt, eftersom det – dock utan att uttryckligen ta upp miljötabaksrök – redan omfattar alla faror för arbetstagares hälsa och säkerhet, inklusive tobaksrök.

Det skulle också kunna göras insatser för att främja rökfria miljöer genom andra metoder än lagstiftning, som informations- och utbildningskampanjer, nätverksinitiativ m.m. Den nuvarande antirökkampanjen "HELP" kommer att pågå fram till 2008 och kan följas av ett annat initiativ för ökad medvetenhet.

Dessutom kommer arbetet med inomhusluftens kvalitet, inklusive miljötabaksrök, att fortsätta som en uppföljning av åtgärd 12 i handlingsplanen för miljö och hälsa. De resurser som behövs till de olika projekten på detta område kommer att tas från det fleråriga strategiska programmet Life+ 2007–2010⁸⁵, sjunde ramprogrammet för forskning⁸⁶ och programmet för folkhälsa⁸⁷.

Medlemsstaterna skulle själva få besluta om vilka rökfrihetsåtgärder som skall införas, beroende på nationella omständigheter och kulturella skillnader. Tendensen mot allt fler rökfria miljöer skulle troligen fortsätta, och stärkas av utarbetandet och publiceringen av riktlinjer från FCTC. Flera stater, bland annat Danmark, Tyskland, Lettland, Portugal och Slovenien, har redan anmält att de avser att skärpa sina lagar om rökfrihet inom en snar framtid.

Av de olika alternativen är detta det som kan antas vara minst effektivt för att minska den passiva rökningen och därmed sammanhängande skador. Framstegen i de olika medlemsstaterna kan förväntas bli skiftande. På grund av den ofullständiga regleringen kommer många sårbara grupper att fortsätta utsättas för miljötabaksrök inomhus i offentliga lokaler. Detta kan innebära en risk för att medborgare begär skadestånd på grund av att deras hälsa skadats av passiv rökning.

Mot bakgrund av de stora förväntningarna på ett EU-initiativ för rökfrihet finns det också en risk för att allmänheten blir besviken. Att fortsätta enligt status quo skulle också innebära att man missar tillfället att bygga på de aktuella politiska strömningarna för rökfria områden i EU.

2. FRIVILLIGA ÅTGÄRDER

Detta alternativ skulle bestå i att uppmuntra aktörerna att anta gemensamma frivilliga riktlinjer på EU-nivå för att göra fler platser rökfria. Branschinitiativ (t.ex. inom fritids- och cateringindustrin) kunde främjas. Företagens sociala ansvar skulle kunna användas som en grund för utvecklingen på detta område.

För att underlätta diskussionerna kunde en bred process läggas upp som plattform, där man samlar det civila samhället och de ekonomiska aktörerna tillsammans med företrädare för EU-institutionerna, medlemsstaterna och internationella organisationer. En sådan plattform upprättades förra året på området kost och fysisk aktivitet. En liknande process har också nyligen föreslagits för arbetet med att utveckla en EU-strategi i alkoholfrågor.

En annan möjlighet vore att uppmuntra de europeiska arbetsmarknadsparterna (arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna) att förhandla fram en självständig överenskommelse om rökning på arbetsplatsen grundad på artikel 138 i fördraget. Självreglering via den europeiska arbetsmarknadsdialogen har redan givit en rad resultat, bland annat har över 300 gemensamma dokument antagits av de europeiska arbetsmarknadsparterna.

I idealfallet kan självreglering vara snabbare och mer flexibelt än traditionell lagstiftning och ge de berörda branscherna och företagen en möjlighet att få ett större direkt inflytande på den policy som antas. Det kan också skapa en känsla av egenansvar hos aktörerna. Framstegen skulle dock bero på aktörernas vilja att följa de överenskommelser som gjorts och effektiva mekanismer för efterlevnadskontroll. Medlemsstaternas erfarenheter tyder tyvärr på att frivilliga överenskommelser inte har varit effektiva när det gäller tobakskontroll. I synnerhet inom fritids- och serveringsbranschen har frivilliga åtgärder inte varit tillräckliga för att nå nyckelmålet att väsentligt minska exponeringen för miljötobaksrök.

I exempelvis Förenade kungariket är det fortfarande, efter fem års frivilliga avtal mellan hälsoministeriet och nyckelorganisationerna inom serveringsbranschen, mindre än 1 % av barerna som är rökfria.⁸⁸ I Spanien gav 2006 års lag barer och restaurangen med mindre yta än 100 m² möjligheten att frivilligt införa rökförbud. På ett tidigt stadium verkar det som om bara omkring 10 % av dessa valde att införa rökförbudet.⁸⁹ I Paris har den frivilliga ordning som syftade till att uppmuntra innerstadens 12 452 kaféer, bistroer och brasserier att bli rökfria zoner bara införts av 30 av dessa.⁹⁰

3. DEN ÖPPNA SAMORDNINGSMETODEN

Detta alternativ innebär att man samordnar medlemsstaternas insatser för rökfria miljöer med den så kallade öppna samordningsmetoden. Medlemsstaterna skulle alltså uppmuntras till att göra sina rökfrihetslagar mer överensstämmande, utan att de direkt behöver harmoniseras (även om möjligheten till detta fortfarande finns).

Metoden kunde omfatta följande:

- Ömsesidigt utbyte av erfarenheter och **bästa praxis** för att inrätta en effektiv rökfrihetspolitik på nationell, regional och lokal nivå.
- Överenskommelser om gemensamma EU-mål och riktlinjer grundade på framgångsrika erfarenheter både i medlemsstaterna och utanför EU. Dessa skulle kunna åtföljas av relevanta tidsfrister och regler för övervakning och efterlevnadskontroll.
- Överföring av riktlinjerna till nationella handlingsplaner för att minska passiv rökning, där målen på kort, medellång och lång sikt skall uppfyllas inom givna tidsramar.
- Regelbunden övervakning, utvärdering och granskning, till exempel i form av årliga rapporter från medlemsstaterna.

En rad länder har redan gjort sig rökfria och många andra har förklarat sin avsikt att göra detsamma. Medlemsstaterna står också inför gemensamma utmaningar, som motståndet från industrin, allmänhetens skepsis och bristande efterlevnad av befintliga krav. EU-samordningen kan i väsentlig grad bidra till att få igång en process där medlemsstaterna lär av varandra och delar med sig av bästa praxis.

Åtagandet för att nå rökfrihetsmålen skulle dock fortfarande vara frivilligt, och det skulle inte finnas några sanktioner mot dem som inte uppfyller de överenskomna målen. Systemets effektivitet skulle bero på omfattningen av den multilaterala övervakningen och grupstrycket.

4. REKOMMENDATION FRÅN KOMMISSIONEN ELLER RÅDET

Detta alternativ består i att uppmuntra medlemsstaterna att anta lagar om rökfrihet som styrs av övergripande rekommendationer från kommissionen eller rådet om rökfria miljöer. Rekommendationerna skulle grundas på artikel 152 i EG-fördraget och innehålla förslag till handlingslinjer. Alternativet kan användas enskilt eller som en del av de självreglerande systemen i medlemsstaterna (alternativ 3) och/eller branschen (alternativ 2).

Rekommendationen skulle inte vara bindande, men den skulle vara ett tydligt ställningstagande från kommissionens eller rådets sida om att åtgärder bör vidtas för att eliminera passiv rökning i Europa. Den skulle föra upp frågan på den politiska agendan med hög prioritering i alla EU-medlemsstater och därmed ge stöd åt medlemsstaternas egna åtgärder.

Alternativets effektivitet skulle i hög grad bero på klarheten i EU-riktlinjerna och på rapporteringskraven. Tydliga mål med specifika tidsplaner och indikatorer (t.ex. en rekommendation att en viss andel av alla arbetsplatser skall vara rökfria ett visst år inom en viss bransch) skulle förvisso ha större effekt än mer allmänt hållna rekommendationer. Likaså skulle krav på genomförande av ett system för övervakning och krav på att resultaten skall offentliggöras skapa ett tryck från allmänheten för bättre efterlevnadskontroll och utveckling av en strängare policy.

Detta alternativ erbjuder medlemsstaterna flexibilitet, men den största risken är att vissa medlemsstater skulle kunna välja att inte göra något alls.

5. BINDANDE LAGSTIFTNING

En gemenskapsåtgärd på detta område skulle kunna omfatta antagandet av bindande lagstiftning. Bindande lagstiftning skulle skapa en jämförbar, öppen och kontrollerbar grundnivå av skydd mot risken för att utsättas för miljötabaksrök i alla medlemsstater.

Å ena sidan garanterar en lagstiftningsprocess formella samråd och grundliga förhandlingar med alla parter, vilket kan göra den resulterande policyn stabilare. Å andra sidan är lagstiftningsvägen relativt långsam och slutresultatet kan vara svårt att förutsäga.

Den rättsliga grunden för lagstiftningen kan bara fastställas när man väl definierat exakt vilket slags instrument som krävs och vilken räckvidd det skall ha, och resultatet av det offentliga samrådet måste beaktas vid valet av rättslig grund.

Några få möjligheter kan nämnas redan på detta stadium, med reservation för resultatet av det offentliga samrådet.

- Revidering av de befintliga direktiven som grundar sig på ramdirektivet om arbetsmiljö 89/391/EEG. Detta kunde bland annat omfatta en utvidgning av direktiv 2004/37/EG om carcinogena och mutagena ämnen (till att omfatta miljötabaksrök) och/eller en skärpning av kraven på att arbetstagare skall skyddas från tobaksrök i direktiv 89/654/EEG om minimikrav för säkerhet och hälsa.
- En annan möjlighet vore att utarbeta ett separat direktiv om rökning på arbetsplatser.
- Även om det inte har direkt att göra med skyddet mot passiv rökning är en möjlighet att ändra direktivet om farliga ämnen (67/548/EEG)⁹¹ för att klassa miljötabaksrök som ett carcinogent ämne. Därmed skulle miljötabaksrök automatiskt komma att omfattas av direktivet om carcinogena och mutagena ämnen.

I de första två möjligheterna begränsas räckvidden till arbetsmiljöer. De kan tillämpas antingen på alla arbetsplatser eller på vissa kategorier av arbetsplatser och man måste se till att alla arbetstagare som exponeras för farliga halter av miljötabaksrök skyddas på ett adekvat sätt.

Slutligen skulle antagandet av en rättsakt inom fördragets räckvidd inte hindra gemenskapen från att anta kompletterande, icke-bindande åtgärder som skulle kunna bidra till det övergripande målet att skydda människor mot miljötabaksrök i alla sektorer.

VI. AVSLUTANDE ANMÄRKNINGAR

Med hänsyn till de entydiga vetenskapliga bevisen för de skador som orsakas av passiv rökning och med beaktande av de effekter som en politik för ren inomhusluft kan ha för en allmän minskning av tobaksbruket anser kommissionen att den policy som har den bredaste räckvidden är den som bäst skulle gynna folkhälsan. Detta

skulle också skapa lika villkor för alla aktörer. Flera framgångsexempel på omfattande åtgärder för rökfrihet som är i kraft på olika håll i världen har visat att detta alternativ är hållbart och tillämpligt.

Det är en öppen fråga hur mycket man vill att EU skall vara inblandad i främjandet av lagstiftning om rökfrihet, och den hänger också samman med den aktuella utvecklingen i medlemsstaterna, eftersom en del av dem nyligen har vidtagit åtgärder för att förbjuda rökning på offentliga platser.

Kommissionen uppmanar alla EU-institutioner, medlemsstaterna och alla intresserade medborgare, parter och organisationer att kommentera de frågor som tas upp i denna grönbok. Kommissionen är särskilt intresserad av synpunkter i följande frågor:

Frågor

1. Vilken av de två strategier som föreslås i avsnitt IV skulle vara den mest önskvärda i fråga om rökfrihetsinitiativets räckvidd: ett generellt förbud mot rökning i alla offentliga lokaler och på alla arbetsplatser eller ett förbud där undantag beviljas för utvalda kategorier av lokaler? Ange skälen för ert val.
2. Vilket av de policyalternativ som beskrivs i avsnitt V skulle vara det mest önskvärda och lämpliga för att främja rökfria miljöer? Vilken form av EU-insatser anser ni behövs för att uppnå målen för rökfrihet?
3. Finns det ytterligare kvantitativa eller kvalitativa uppgifter om hälsomässiga, sociala eller ekonomiska effekter av rökfrihetspolitiken som bör tas i beaktande?
4. Har ni några ytterligare kommentarer eller förslag i fråga om grönboken?

Svaren på frågorna bör skickas senast den 1 maj 2007 till följande adress (helst med e-post):

Europeiska kommissionen

Generaldirektoratet för hälsa och konsumentskydd

Enhet C6 – Hälsotåtgärder

E-post: sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu

Postadress: B-1040 Bryssel

Fax: (32-2) 298 42 04

Alla svar på denna grönbok kommer att läggas ut på kommissionens webbplats om det inte uttryckligen yrkas på motsatsen.

VII. BILAGOR

Annex I: Cost effectiveness of various tobacco-control measures in European Region A*

Interventions: Codes_and Descriptions	Cost per year (I\$, millions) per one million_population [i.e. cost per capita]	DALYs** averted per year per one million population	Average Cost per DALY averted
TOB-2: Excise tax on tobacco products: 80% of supply price (global average)	0,22	1 939	111
TOB-3: Excise tax on tobacco products: 300% of supply price (highest regional rate)	0,22	4 641	46
TOB-4: Excise tax on tobacco products: 600% of supply price (double the highest regional rate)	0,22	6 723	32
TOB-5: Clean indoor air law enforcement	0,67	742	908
TOB-6: Comprehensive ban on tobacco advertising	0,27	561	473
TOB-7: Information dissemination	0,55	670	816
TOB-8: Nicotine replacement therapy	2,35	670	3 511
TOB-9: Combination (TOB4 + TOB7)	0,76	7 093	107
TOB-10: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB7)	1,43	7 467	192
TOB-11: Combination (TOB4 + TOB6 + TOB7)	1,03	7 372	139
TOB-12: Combination (TOB4 + TOB6)	0,48	7 032	68
TOB-13: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6)	1,15	7 415	156
TOB-14: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6 + TOB7)	1,70	7 725	220
TOB-15: Combination (ALL)	4,05	7 981	508

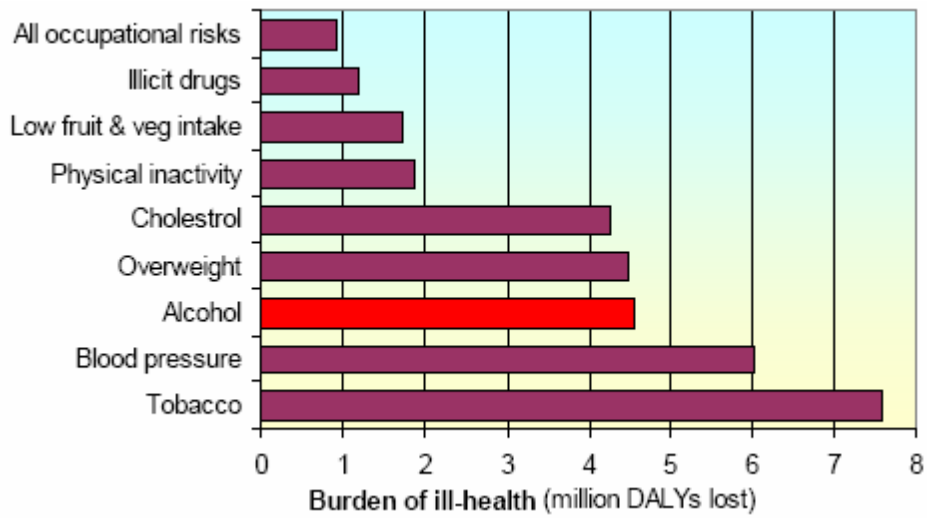
Source:

WHO-CHOICE webpage: http://www.who.int/choice/results/tob_eura/en/index.html

* **European Region A:** Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland

** **DALYs** = Disability Adjusted Life Years (the sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability).

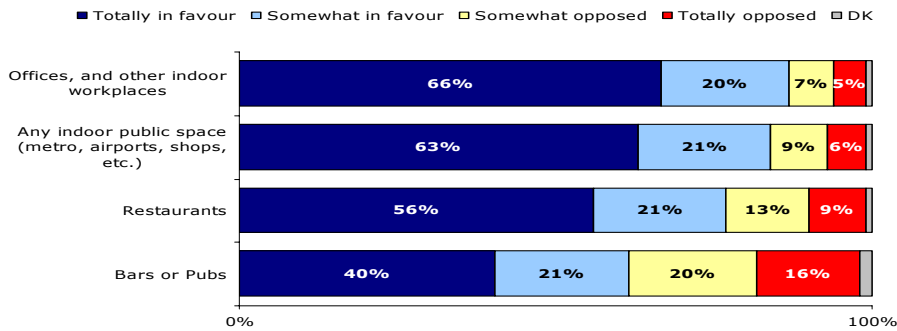
Annex II: Global burden of ill-health



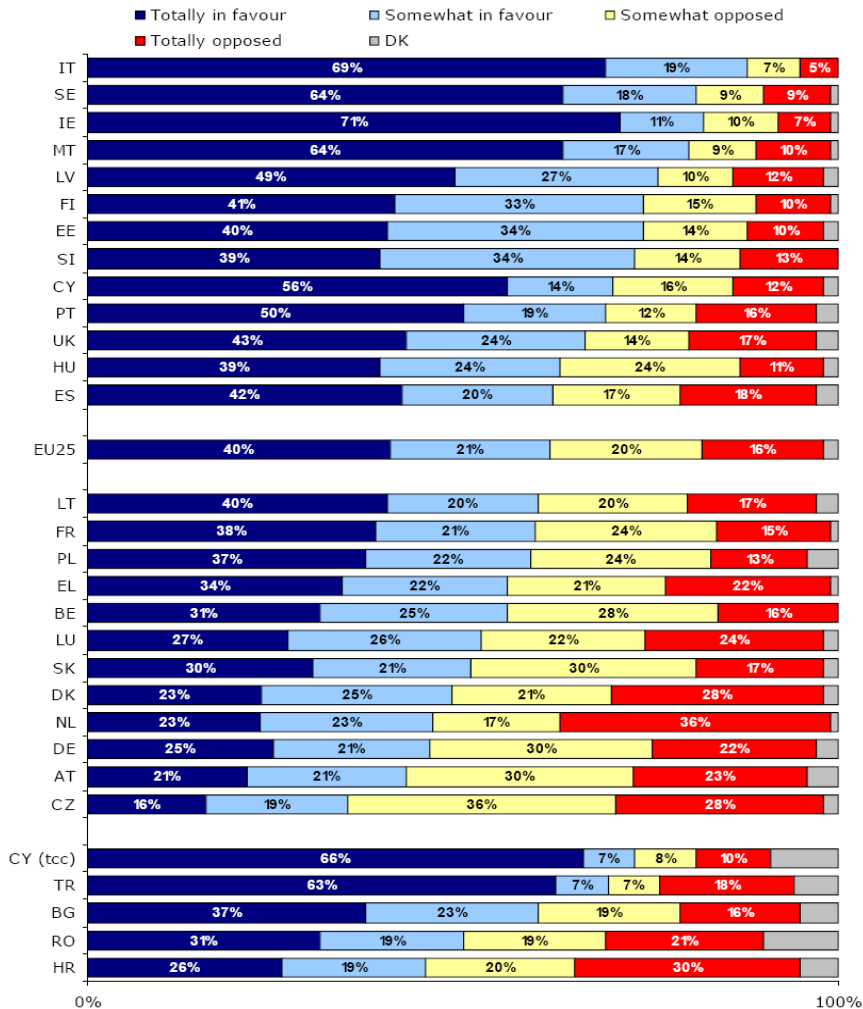
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies

**Q8. Are you in favour of smoking bans in the following places?
(EU25)**



**Q8.2 Are you in favour of smoking bans in the following places?
Answer: Bars or Pubs**



Source:

“Attitudes of Europeans towards tobacco”, Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

Annex IV: References

- 1 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.
2 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31–34.
3 As of 18 December 2006.
4 The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General.
Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention,
Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health
Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006)
http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of
the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
'Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places', Royal College
of Physicians of London, (July 2005).
Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), 'Secondhand Smoke: Review of evidence since
1998', (November 2004) <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>
International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks
to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health
Organization.
'Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health',(1998) [http://www.archive.official-
documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm](http://www.archive.official-
documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm)
5 International Agency for Research on Cancer (2002), *op. cit.*
Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health.* 1998 Jul;88(7):1025-9.
6 Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an
evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315: 973-80.
He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary
heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340: 920-6.
Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Cardiol.* 1998 Jan;31(1):1-9.
7 Whincup P et al (2004). Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective
study with cotinine measurement *BMJ* 329 (7459) pp 200-205.
8 Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking
increases the risk of acute stroke. *Tob Control.* 1999 Summer;8(2):156-60.
You RX, Thrift AG, McNeil JJ, Davis SM, Donnan GA. Ischemic stroke risk and passive exposure to
spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. *Am J Public Health.*
1999 Apr;89(4):572-5.
9 Jaakkola JJ, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults.
Scand J Work Environ Health. 2002;28 Suppl 2:52-70.
10 European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, A European patient
perspective on severe asthma, Fighting for breath.
http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf . 2005.
11 WHO International consultation on ETS and Child Health – 1999:
http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html
Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, Pearl M, Pirkle J.
Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiology.* 2004 Nov;15(6):660-70.
12 Khan JC et al. (2006): Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette
smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation.
British Journal of Ophthalmology 2006;90;75-80.
13 Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis.* 2003
Jul-Aug;46(1):31-8.
Glantz S, Parmley W. Even a little secondhand smoke is dangerous. *JAMA* 2001;286:462–3.
Pechacek TF, Babb S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? *BMJ.*
2004 Apr 24;328(7446):980-3.

-
- 14 Jamrozik K., "An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe", *Lifting the smokescreen., op.cit.*
- 15 Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco smoke in British nonsmokers. *Environ Int* 1994;20:693–712.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 1996;22 (suppl 1) :1–24.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:173–96.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:851–71.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1998;24:405–25.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. *Environ Int* 1998;24:301–24.
- 16 CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).
- 17 Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. 2005 Feb;14(1):60-3.
- 18 Jarvis M. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College, 2001.
- Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br.J Addict.* 1992;87:111-3.
- Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270:490-3.
- Wakefield M, Cameron M, Inglis G, Letcher T, Durkin S. Secondhand smoke exposure and respiratory symptoms among casino, club, and office workers in Victoria, Australia. *J Occup Environ Med*. 2005 Jul;47(7):698-703.
- 19 A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces. Conducted by: Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; International Agency for Research on Cancer; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; September 2006.
- 20 The Implementation Group on Human Biomonitoring (HBM) has been set up to implement Action 3 of the Action Plan on Environment and Health ("Develop a coherent approach to biomonitoring in Europe"). It consists of governmental experts in the field of human biomonitoring.
- 21 D.F.Behan, M.P. Eriksen, Y. Lin. Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke, 2005.
- 22 Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
- 23 Lok P. Smoking and the bottom line. The costs of smoking in the workplace. Ottawa, The Conference Board of Canada, 1997.
- Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee in Scotland. *Tob Control* 2000; 9: 187–192.
- Madden D.: Setting the Appropriate Tax on Cigarettes in Ireland. Working paper series, Wp0/05, Centre for Economic Research, October 2002.
- Ross H, " Economics of smoke free policies", *Lifting the smokescreen, op.cit.*
- 24 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>

25 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises)
Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment.
<http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-04.asp>
The smoke-free premises etc (Wales) Regulations 2007. Annex B: Draft Regulatory Appraisal
www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170
Integrated Impact Assessment Overview of the Draft Smoking (Northern Ireland) Order 2006.
<http://www.dhsspsni.gov.uk/smoking-consultation-06-eqia.pdf>
26 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European
Commission 2004, p. 72.
27 *Ibidem*, p. 85.
28 The European Community Health Indicator no 23, "Regular Smokers":
http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.
29 Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal
experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control
Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res.* 2004 Dec;6 Suppl 3:S341-51.
30 "Attitudes of Europeans towards tobacco", *Special Eurobarometer 239*, January 2006,
http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf
31 Jones S, Muller T., "Public attitudes to smoke-free policies in Europe", *Lifting the smokescreen, op. cit.*
Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, Cummings KM, Fong GT. Support
for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings
from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey.
Tob Control. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii34-41.
32 Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free
workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States.
Am J Public Health. 1999 Jul;89(7):1018-23.
Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW,
Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of
evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am
J Prev Med.* 2001 Feb;20(2 Suppl):16-66. Review.
Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour:
systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know?
Health Educ Res 2003; 18: 592–609.
33 Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and
in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000;321:333-337.
Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of local restaurant smoking regulations on
progression to established smoking among youths. *Tob Control.* 2005 Oct;14(5):300-6.
Farkas A, Gilpin E, White M, et al. Association between household and workplace smoking restrictions and
adolescent smoking. *JAMA* 2000;284:717–22.
Wakefield M and Forster J. Growing evidence for new benefit of clean indoor air laws: reduced adolescent
smoking. *Tob. Control*, October 1, 2005; 14(5): 292 – 293.
34 Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences
of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob
Control.* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii42-50.
Borland R, Mullins R, Trotter L, White V. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home
in Victoria, Australia. *Tob Control.* 1999 Autumn;8(3):266-71.
Merom D, Rissel C. Factors associated with smoke-free homes in NSW: results from the 1998 NSW Health
Survey. *Aust N Z J Public Health.* 2001 Aug;25(4):339-45.
35 Regulatory Committee set up under Article 11 of the Directive 2001/37/EC.
36 European Parliament Resolution (P6_TA(2005)0045) of 23 February 2005 on the European Environment
and Health Action Plan 2004-2010.
37 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European
Commission 2004.

38 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf
Kotzias, D. et al. 2005, The INDEX project: Critical appraisal of the setting and implementation of indoor
exposure limits in the EU, Joint research Centre, Ispra, Italy.

39 http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/pollution/fp_pollution_2002_frep_02.pdf
Franchi, M. et al. 2003. Towards Healthy Air in Dwellings in Europe - The THADE Report. European
Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA).

40 http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf
For an overview of court cases see: "Smoke free workplaces: Improving the health and well-being of people
at work". Brussels: European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001, pp. 84-97.

41 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.
42 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31-34.
43 OJ L 183, 29.6.1989, p. 1-8.
44 See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.
45 OJ L 393, 30.12.1989, p. 1-12.
46 OJ L 245, 26.8.1992, p. 6-22.
47 OJ L 348, 28.11.1992, p. 9-24.
48 OJ L 404, 31.12.1992, p. 10-25. In addition, this Directive bans smoking in areas subject to particular fire
or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.

49 OJ L 158, 30.4.2004, p. 50-76.
50 OJ L 263, 24.9.1983, p. 25-32.
51 OJ 196, 16.8.1967, p. 1-98.
52 It should be noted that currently there is a proposal aiming at modifying the Directive (COM 2003-644) but
it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.

53 World Health Organisation. The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting, Copenhagen,
Denmark; 2000. URL http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9

54 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk
following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air
nicotine levels in bars. *Tob. Control.* 2005 Dec;14(6):384-8.
Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and
After the Smoking Ban in Italy. *J Occup Environ Med.* 2005 Dec;47(12):1208-10.
How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs", March 2006, Harvard School
of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTF, OTC.
Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law.
Wellington: Ministry of Health.
Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a
smoking ban. *J Occup Environ Med.* 2004 Sep;46(9):887-905.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Indoor air quality in hospitality venues before and after
implementation of a clean indoor air law--Western New York, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004
Nov 12;53(44):1038-41.
Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality workers'
exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. *Tob Control.*
2005 Aug;14(4):236-41.
McNabola A, Broderick B, Johnston P, Gill L. Effects of the smoking ban on benzene and 1,3-butadiene
levels in pubs in Dublin. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2006 May;41(5):799-810.

55 Menzies D et al., Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar
workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA.* 2006 Oct 11; 296(14):1742-
8.
Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and
taverns. *JAMA.* 1998 Dec 9;280(22):1909-14.
Eagan TML, Hetland J and Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months after
a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006;15:242-246.
Allwright S. et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and
after study. *BMJ.* 2005 Nov 12;331(7525):1117. Erratum in: *BMJ.* 2006 Jan 21;332(7534):1.

56 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2006 Oct;27(20):2468-72. Epub 2006 Aug 29.

Sargent RP, Shephard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328:977-80.

Bartecchi, C., et al. A city-wide smoking ordinance reduces the incidence of acute myocardial infarction. in American Heart Association Annual Scientific Sessions. 2005. Dallas, TX.

57 Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592-609.

58 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.

59 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol*. 2006 Feb;17(2):346-7. Lund, M., Lund K.E., Rise, J., Aarø, L.E., Hetland, J. (2005). Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo/Bergen 2005: SIRUS/HEMIL, <http://www.globalink.org/documents/2005smokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf>.

60 Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, Anderson S, Cummings KM, Allwright S, Mulcahy M, Howell F, Clancy L, Thompson ME, Connolly G, Driezen P. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii51-8.

61 Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.

California Department of Health Services, Tobacco Control Section. Indoor and Outdoor Secondhand Smoke Exposure. Sacramento: California Department of Health Services. <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf>

62 The 2004 Irish smoking ban: is there a 'knock-on' effect on smoking in the home?" D.Evans, and C Byrne. Health Service Executive, Western Area. <http://www.imt.ie/displayarticle.asp?AID=11000&NS=1&CAT=18&SID=1>

63 Joossens L. "Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants", *Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe*, http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222

64 Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls

65 Lund K.E. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse. Oslo 2006: SIRUS, <http://www.sirus.no/cwobjekter/SIRUSskrifter0106.pdf>

66 NYC Department of Finance, NYC Department of Health & Mental Hygiene, NYC Department of Small Business Services, NYC Economic Development Corporation, "The State of Smoke-Free New York City: A One-Year Review", March 2004, <http://www.nyc.gov/html/doh/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>.

Cowling D W, Bond P. Smoke-free laws and bar revenues in California - the last call, *Health Economics*, 2005; 14 (12); 1273 - 81.

67 Scollo, M., Lal, A., Hyland, A. & Glantz, S. (2003) Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 12, 13-20.

68 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.

69 Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA*. 1993 Jul 28;270(4):490-3.

70 Eurostat, Statistics in Focus, Industry, Trade & Services, 32/2005, "Employment in hotels and restaurants in the enlarged EU still growing". <http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/05/127&type=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

71 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shsrc-04.asp>

72 Edwards R. et al. Levels of second hand smoke in pubs and bars by deprivation and food-serving status: a
cross-sectional study from North West England. BMC Public Health 2006, 6:42

73 Woodall AA et al. The partial smoking ban in licensed establishments and health inequalities in England:
modelling study, 18 August 2005.
IFF Research among a representative sample of 1,252 publicans and managers of pubs and bars throughout
England and Wales carried out between 27 July and 11 August 2005. jointly commissioned by Action on
Smoking and Health (ASH) and Cancer Research UK.

74 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill,
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>

75 Repace, J., "An air quality survey of respirable particles and particulate carcinogens in Delaware hospitality
venues before and after a smoking ban," Bowie, MD: Repace Associates, Inc., February 7, De Gids W.F.,
Opperhuizen A., RIVM report 340450001/2004 "Reductie van blootstelling aan omgevingstabaksrook in de
horeca door ventilatie en luchtreiniging", 2003.
Repace, J. (2000). Can Ventilation Control Secondhand Smoke in the Hospitality Industry? California
Department of Health Services.

76 Kotzias D et al (2005) Ventilation as a means of controlling exposure workers to environmental tobacco
smoke (ETS). European Commission Joint Research Centre, Italy.
Kotzias D et al (2003) Report on Preliminary results on the impact of various air exchange rates on the
levels of environmental tobacco smoke (ETS) components. ISPRA – IHCP Physical and Chemical
Exposure Unit, 2003. Online at http://www.jrc.cec.eu.int/pce/pdf/tobacco_draft_report.pdf

77 Jacobs, P., de Jong, P. and de Gids, W.F., (2006) 'Decentralised smoke displacement system using
recirculation and filtration', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) 'An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco
Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry', Netherlands Organisation for
Applied Scientific Research.
Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec
Consulting Ltd., July 2004.

78 Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006.
Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure
to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, *op. cit.*

79 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for
implementation of Article 8 of the Convention.
http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf

80 Samet, J.; Bohanon, Jr., H.R.; Coultas, D.B.; Houston, T.P.; Persily, A.K.; Schoen, L.J.; Spengler, J.;
Callaway, C.A., "ASHRAE position document on environmental tobacco smoke," American Society of
Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), 30 June 2005.

81 *Ibidem*

82 De Gids W.F., Opperhuizen A., *op. cit.*

83 Wong S (2004) Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York
Region February - April 2003. Presentation, 11th April 2003.

84 New technologies, for example catalysing paints, have been developed with a capacity to reduce odours,
tobacco smoke, ozone, nitrogen and sulphate oxides and organic volatile compounds. Once definitely tested
and verified, these new catalysing paints could be used as a complementary technology in smoking rooms.

85 COM(2004) 0621 final - COD 2004/0218.

86 COM(2005) 0119 final - COD 2005/0043.

87 COM(2006) 234 final - COD 2005/0042A.

88 The Public Places Charter on smoking. Industry progress report. The Charter Group, April 2003.

89 Fernandez E. Spain: going smoke free. Tob Control. 2006 Apr;15(2):79-80.

90 'Voluntary smoke-free plan not working in Paris' - Guardian, 16/02/05
<http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>.

91 OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.