

ZAŠTO OGRANIČITI UPORABU DUHANSKIH PROIZVODA?

WHY LIMIT THE USE OF TOBACCO PRODUCTS?

IVANA CERONJA*

Deskriptori: Pasivno pušenje – štetno djelovanje, zakonodavstvo; Pušenje – prevencija i kontrola, zakonodavstvo; Zdravstvena politika; Svjetska zdravstvena organizacija; Hrvatska

Sažetak. Znanstveni dokazi čvrsto pokazuju da nema sigurne razine izloženosti duhanskom dimu. Neosporno je da je jedini djelotvoran način zaštite populacije od štetnih učinaka SHS-a 100%-tno okruženje bez duhanskog dima (»smoke-free«). Dokazi provedenih zakonskih regulativa država i regija koje su već uvele »smoke-free« politiku pokazuju ne samo da su provedivi već i dobro prihvaćeni. Imaju samo pozitivan učinak na sve sektore, a pogotovo u zdravstvenom pogledu – trenutačna redukcija srčanih udara i respiratornih tegoba. U skladu s pozitivnim iskustvima i znanstveno potkrijepljenim dokazima, *World Health Organisation* daje preporuke za implementaciju zemljama potpisnicama Konvencije o kontroli duhana kako bi zaštitile zdravlje svojih građana i radnika. Hrvatska ima suvremeni Zakon u skladu s preporukama WHO-a, ali je nužno poraditi na pozitivnoj klimi bez duhanskog dima i suradnji građana u zaštiti i unapređenju vlastitog zdravlja. U cilju postizanja dugoročnih rezultata u skladu sa »smoke-free« politikom, intervencije moraju biti komprehenzivne i kontinuirano ugrađene u sustav.

Descriptors: Tobacco smoke pollution – adverse effects, legislation and jurisprudence; Smoking – prevention and control, legislation and jurisprudence; Health policy; World Health Organization; Croatia

Summary. The scientific evidence strongly shows that there is no safe level of exposure to tobacco smoke. It is indisputable that the only effective way to protect the population from the harmful effects of SHS is a 100% smoke-free environment. Implemented legal regulations of countries and regions that have already implemented a smoke-free policy were not only feasible, but also well received. They have only positive effects on all sectors, especially in regard to health – actual reduction in heart attacks and respiratory illnesses. In accordance with the positive experiences and scientifically substantiated, the WHO makes recommendations for the implementation in the countries signatory of the Convention on Tobacco Control to protect the health of their citizens and workers. Croatia has a modern law in line with the World Health Organisation recommendations, but it is necessary to work on the positive climate of smoke-free and cooperation of citizens in protecting and improving their own health. In order to achieve long-term results in accordance with a smoke-free policy, interventions must be comprehensive and continuously incorporated into the system.

Liječ Vjesn 2013;135:104–109

Veličina i važnost pušenja kao globalnoga javnozdravstvenog problema

Kronične nezarazne bolesti odgovorne su za 63% ukupnog mortaliteta, pri čemu je pušenje najveći rizični faktor.¹ Procijenjeno je da je diljem svijeta od bolesti povezanih s pušenjem umrlo 60 milijuna ljudi između 1950. i 2000. godine.² Do 2030. godine procjenjuje se da će deset milijuna ljudi na godinu umrijeti od posljedica vezanih uz pušenje.³ *World Health Organisation* (WHO) ističe da je pušenje i dalje glavni sprečivi (preventabilni) uzrok smrti u svijetu.

Štetnost pasivnog pušenja

Second hand tobacco smoke (SHS) kombinacija je dima emitiranog izgaranjem cigarete i dima izdahnutog od strane pušača. Sadržava tisuće poznatih kemikalija od kojih su barem 250 poznati karcinogeni ili toksini. Prema Izvješću Svjetske zdravstvene organizacije (skr. WHO, Međunarodne agencije za istraživanje raka (IARC) koje se citira i u »Zelenom dokumentu« Europske komisije iz siječnja 2007. godine, duhanski dim iz okoliša ili pasivno pušenje klasificirani su kao karcinogen za ljude.

Učinci SHS-a na odrasle osobe: srčane bolesti, karcinom pluća, karcinom dojke (povećava rizik 70% u premenopausalnih žena), kronične respiratorne bolesti.

Učinci SHS-a na djecu: respiratorne bolesti i tegobe, osobito astma, smanjenje razvoja plućne funkcije, upale srednjeg uha, prenatalni (niska porođajna težina, prematuritet) i postnatalni efekti (sindrom iznenadne smrti dojenčadi).

Metaanalize su pokazale da tijekom života nepušači koji žive zajedno u domu s pušačem imaju 20–30% veći rizik za

obolijevanje od raka pluća nego nepušači koji ne žive s pušačem. Nepušači izloženi SHS-u na radnome mjestu imaju povećan rizik za obolijevanje od raka pluća 16–19%,⁴ a za bolesti srca u izloženih nepušača relativni rizik iznosi čak 25%.⁵

Znanstveni dokazi neosporno potvrđuju štetne učinke SHS-a na zdravlje ljudi.

Izloženost pasivnom pušenju

Izloženost SHS-u široko je rasprostranjena pojava u mnogim zemljama, čak i u zdravstvenim ustanovama i među zdravstvenim radnicima. Prema podacima WHO-a više od 600.000 ljudi umre svake godine od posljedica izloženosti pasivnom pušenju.¹ Istraživanja 3. godine studenata na zdravstvenim učilištima iz 10 zemalja variraju od 30% u Ugandi do 87% u Albaniji; na javnim mjestima to je 53% u Ugandi do 98% u Srbiji.^{1,6} Studije provedene 2006. u SAD-u pokazuju da je više od 40% odraslih nepušača i više od 60% djece od 3 do 11 godina i dalje izloženo SHS-u, što upućuje na veličinu problema.^{7,8} Pušenje kod kuće dopuštaju četiri od deset građana EU-a (38%). Od onih koji to dopuste većina ga ograničava na određene prostorije u kući (24%). Jedan od sedam građana EU-a dopušta pušenje bilo gdje u svojem domu (14%). Među onima koji rade u zatvorenom

* **Zavod za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije, Bjelovar** (Ivana Ceronja, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. I. Ceronja, Oporovečka 242, Zagreb, 10040 Dubrava, e-mail: iceronja@gmail.com

Primljeno 3. lipnja 2012., prihvaćeno 25. veljače 2013.

prostoru četvrtina građana EU-a izložena je duhanskom dimu u zatvorenom prostoru na radnome mjestu. Jedan od deset građana izložen je manje od jednog sata na dan, jedan od dvadeset između jedan i pet sati na dan, dok je jedan od dvadeset izložen više od pet sati duhanskom dimu po danu na poslu. Studija provedena 2001–2002. u sedam europskih gradova pokazala je da je duhanski dim prisutan u većini javnih prostora, uključujući prostore za provođenje slobodnog vremena, ugostiteljske objekte, transport, bolnice i prostore za edukaciju. Najviše koncentracije duhanskog dima iz okoliša nađene su u barovima i diskotekama, s time da je 4-satna ekspozicija u diskotekama slična kao kad živiš s pušačem mjesec dana.⁹ Globalno gledajući, ukupna izloženost SHS-u u populaciji opada, usporedo s padom prevalencije pušenja. Unatoč tomu neke podgrupe u populaciji, kao što su ugostiteljski radnici, uvelike su izložene SHS-u, dok gotovo polovina djece živi u domu s barem jednim pušačem.

»Smoke-free« politike u svijetu

Suradljivost građana može odražavati kulturne i sociološke čimbenike i varira među zemljama. Dobar su primjer Australija i sjeverna Europa te mnoga područja SAD-a, koji su to postigli kombinacijom legislativne i promjenama stajališta javnosti.¹⁰

Irska je prva zemlja na svijetu koja je još 2004. godine donijela takav zakon, a ubrzo nakon nje i Norveška, potom Novi Zeland, Italija i druge. Oko 50% stanovništva u SAD-u i oko 80% Kanađana živi u područjima gdje su doneseni isti zakoni. Italija, Švedska, Malta i dijelovi Velike Britanije smatraju se područjima koja su provela učinkovite zakonske mjere radi zaštite svojih građana od duhanskog dima.¹¹ Zasad tako rigoroznu zabranu vidljivosti duhanskih proizvoda u trgovinama imaju Australija, Kanada, Island, Irska i Norveška.

Australija je donijela zakon o obveznom pakiranju i prodaji cigareta u neatraktivnoj ambalaži, koji je stupio na snagu 2012. godine. Zbog neatraktivnog pakiranja u smeđu ambalažu izazvali su oštar napad duhanskog lobija koji je uložio milijune za stvaranje javnog mnijenja protiv takvog zakona, najavljujući tužbe. Prema *World Medical Association* vlade imaju zadaću pomoći pušačima u prestanku pušenja i odabiru zdravijeg načina života, ne dajući se zastrašiti od duhanske industrije.¹² Neke su zemlje također nametnule zakonske uvjete za pakiranje duhanskih proizvoda. Na primjer, u zemljama Europske Unije, Turskoj, Australiji¹³ i Južnoj Africi moraju biti istaknuto označeni zdravstveni rizici povezani s pušenjem na pakiranju cigareta.¹⁴ Kanada, Australija, Tajland, Island, Meksiko i Brazil imaju također na omotu cigareta naljepnice s upozorenjem o mogućim zdravstvenim učincima pušenja.

Intervencije temeljene na dokazima

Komponente komprehenzivnog programa nadzora nad duhanskim proizvodima jesu: »smoke-free« zakonska regulativa, porez na promet duhanskih proizvoda, servisi građanima za prestanak pušenja, protuduhanski marketing, oznake upozorenja na duhanskim proizvodima, istraživanje i razvoj te regulacija duhanskih proizvoda, protuduhanske parnice, ograničenja/zabrane oglašavanja duhanskih proizvoda, zdravstveni odgoj u školama, ograničenje pristupa duhanskim proizvodima populaciji mladih.

Najučinkovitije intervencije za nepušenje na javnim mjestima bile su one gdje su institucije (kao radna mjesta, zdrav-

stvene ustanove) razvile komprehenzivne programe za bolju suradljivost građana paralelno sa zakonskom regulativom »smoke-free« politike.¹⁰

»Smoke-free« legislativa

Zabrane pušenja, odnosno »smoke-free« zakoni podrazumijevaju javne politike, uključujući kaznene zakone i regulative zdravlja na radu, koje zabranjuju uporabu duhana na radnim i ostalim javnim mjestima.

Hrvatska je potpisnica Konvencije o kontroli duhana – *WHO Framework Convention on Tobacco Control* (WHO FCTC). Potpisala je Konvenciju 2. 6. 2004. a ratificirala 14. 7. 2008; dosad ju je potpisalo 168 zemalja. Cilj joj je pomoći (ili nametnuti, op. a.) državama koje još nemaju odgovarajuću zakonsku regulativu i istodobno osigurati jedinstveni pristup mjerama od međunarodnog značenja glede duhanskih proizvoda: porastu poreza, zabrani reklamiranja i promocije, pušenja na javnim i radnim mjestima, uvođenju jasnih upozorenja na ambalaži, poboljšanju dostupnosti tretmana, usluga i lijekova za odvikavanje od pušenja, regulativi onečišćenja od duhanske industrije i eliminaciji ilegalne trgovine duhanom. WHO smatra da zabrana pušenja utječe na smanjenje potražnje za duhanom stvaranje okruženja gdje pušenje postaje sve teže i stigmatizirano te pomiče društvene norme daleko od prihvaćanja pušenja u svakodnevnom životu.

Tijekom godina mnoge zemlje uvele su zabrane pušenja u zatvorenim prostorima, u različitim oblicima, oslanjajući se na znanstvene dokaze štetnosti duhana, i za zdravlje pušača i zdravlje nepušača. Time postižu trenutačni pad razine SHS-a i njegovih komponentata te zdravstvene koristi u prethodno izloženih radnika. Istodobno, okruženje bez duhanskog dima pokazuje se učinkovitim kao kontrolni mehanizam u redukciji broja trenutačnih i budućih pušača.¹ Ako je prikladno implementirana, »smoke-free« politika treba prenijeti poruku da pušenje nije društveno prihvatljivo.

Dakle, cilj strategije o kontroli duhana nije samo poticanje prestanka pušenja nego i zaštita nepušača od pasivne izloženosti duhanskom dimu na javnim mjestima, kao i zaštita prava nepušača na okruženje bez duhanskog dima.¹⁰

Okruženje bez duhanskog dima na javnim mjestima može podrazumijevati potpunu zabranu pušenja ili ograničenja u smislu znakova upozorenja i jasno označenih mjesta za pušače s ventilacijom.¹⁰

Blaže restrikcije, kao dopuštena mjesta za pušenje u radnom okružju, mnogo manje utječu na prevalenciju pušenja i stope odvikavanja od pušenja nego potpuna zabrana pušenja, odnosno »smoke-free« radna mjesta.^{15,16}

»Smoke-free« radna mjesta

U svjetlu prikupljenih dokaza nacionalne, regionalne i lokalne vlade sve više implementiraju »smoke-free« politiku na radnim i javnim mjestima kako bi zaštitile svoje građane od SHS-a. Radna mjesta prilagođena »smoke-free« politici povezana su s padom prevalencije pušenja od 4% i smanjenjem konzumacije za 3,1 cigaretu po kontinuiranom pušaču na dan. Ne samo da se štite nepušači od pasivnog pušenja već su i pušači potaknuti na smanjenje, odnosno prestanak pušenja, reducirajući konzumaciju duhana po zaposleniku za 29%.¹⁰ »Smoke-free« radna mjesta jedini su učinkoviti način osiguranja rada bez duhanskog onečišćenja.^{7,16,17}

Intervencije prema mladima

Intervencije prema mladima koje ciljaju na težu dostupnost duhana nemaju učinka na prevalenciju pušenja, za razliku od potpuno »smoke-free« okruženja koje je učinkovita mjera redukcije pušenja u mladima.¹⁵ Među mladima (14–22 godine) jedini značajni prediktor u planiranju prestanka pušenja bilo je uvjerenje da pasivno pušenje šteti nepušačima; to vjerovanje udvostručilo je šanse za prestanak pušenja.¹⁸ Maloljetni pušači najčešće konzumiraju najviše reklamirane brendove cigareta, a isto tako agresivni marketing uvodi sve više mladih u pušačku ovisnost. Promocija duhanskih proizvoda koristi se sofisticiranim tehnikama segmentacije tržišta koje ciljaju na određene rizične skupine. Mladi su posebno vulnerabilni u tom pogledu, zbog specifičnih psiholoških potreba poput želje za popularnosti, prihvaćanjem od svojih vršnjaka i pozitivne slike o sebi, što duhanska industrija itekako zna iskoristiti u regrutiranju mladih u pušačke redove.

Mladi koji žive u domu bez duhanskog dima imaju veću vjerojatnost (74%) da će biti nepušači, u usporedbi s vršnjacima koji žive uz roditelje pušače.¹⁹ Školski preventivni programi sa specifičnim sadržajima mogu imati barem kratkoročne učinke u redukciji prevalencije pušenja u školskoj populaciji. Široke medijske kampanje, komprehenzivni programi u zajednici, kao i komprehenzivni program kontrole nad duhanom na državnoj razini mogu prevenirati započinjanje i prevalenciju pušenja u mladima. Podizanje cijena cigareta, prema primjerima iz prakse, reducira inicijaciju pušenja. Navedeni učinci, skupa sa »smoke-free« politikom radnih mjesta, vjerojatno jačaju socijalnu neprihvatljivost pušenja.¹⁵

Duhanska industrija u opoziciji

U prosjeku gotovo polovica građana Europske Unije (EU) (45%) tvrdi da su vidjeli duhansko oglašavanje ili promicanje u posljednjih šest mjeseci, bez obzira na EU-ovu zabranu oglašavanja.²⁰ Odgovor duhanske industrije na zabranu oglašavanja je pomak prema drugim medijima te kreiranje premoštenih (engl. »cross-branded«) proizvoda (kao npr. odjeće). Nadalje, duhanska industrija razvija agresivnu promociju novih oblika cigareta (bezdimni duhan, elektroničke cigarete) kojima privlači mlađu populaciju. Marketing duhanske industrije uključuje mnoge elemente kao što su logo, slogan, boje, slike itd. Tako su, umjesto konvencionalnog oglašavanja koje je konzumiralo velika sredstva, pomaknuli težište prema snižavanju cijena svojih proizvoda i promociji te zadržavanju postojećih kupaca. Želeći ojačati odanost brendu, duhanska se industrija koristi sofisticiranim tehnikama, npr. gradi zajednice svojih potrošača, preko zajedničkog iskustva, gdje dobitnici osvajaju nagrade, koristi se socijalnim mrežama i internetskom kampanjom. Duhanska industrija vidi potencijal razvoja tržišta među ženama kao potrošačima njihovih proizvoda, nasuprot tradicionalnom tržištu duhana rezerviranom za muški spol. Pritom kreiraju nove brendove rabeći primamljive marketinške poruke koje dopiru ciljano do ženske populacije.²¹ Za privlačenje konzumenata među stanovnicima zemalja u razvoju promoviraju zapadnjački stil života (dok se ignoriraju zdravstveni rizici) te nameću mit o uspjehu s pomoću cigareta, kao simboliku životnog stila.^{22,23}

Od duhanske industrije, kao opozicije, može se očekivati agresivna promocija kompromisnih rješenja, prolongiranje primjene zakona te dezinformacije prema ugostiteljskoj industriji. Kad bi javni sektor raspolagao resursima usporedi-

vima s onima duhanske industrije, mogao bi računati na znatan napredak prema klimi nepušenja.

Moguća rješenja problema

Nema sigurne razine izloženosti SHS-u.^{7,15} Jedina učinkovita strategija jest eliminacija pušenja u zatvorenim prostorima. »Smoke-free« politika znanstveno je dokazana, ima zdravstvene koristi i ekonomski je visoko isplativa, pogotovo u usporedbi s neučinkovitim rješenjima promoviranim od duhanske industrije, a to su: separacija pušača i nepušača u istom prostoru, ventilacija i filtracija u kombinaciji s označenim prostorima za pušenje.⁷

Separacija pušača i nepušača u istom prostoru, bez barijera od poda do stropa, ne eliminira (a često i ne reducira) izloženost nepušača SHS-u.^{7,24,25,26} Naime, studije pokazuju da radnici u nepušačkim prostorima mogu biti izloženi jednakoj koncentraciji duhanskog dima kakva je u prostorima gdje se puši.^{7,27}

Ventilacija i filtracija, same ili u kombinaciji, ne mogu reducirati izloženost SHS-u u zatvorenom prostoru na prihvatljivu razinu, niti što se tiče mirisa, a pogotovo zdravstvenih učinaka. Specifičan pristup baziran je na ventilaciji koji zagovara duhanska industrija, posebno prikladan za restorane i barove, označene su pušačke zone – separirane fizičkim zaprekama od nepušača i s posebnom ventilacijom. Te zone za pušenje ne eliminiraju izloženost nepušača SHS-u u susjednim prostorima; dapače mogu intenzivirati izloženost pušača, kao i ugostiteljskih radnika. Dopuštanje takvih mogućnosti povlači investiranje u skupe i neučinkovite ventilacijske sustave, kompromitirajući buduću »smoke-free« politiku.⁷ Iako duhanska industrija daje težište na ventilaciju kao alternativu »smoke-free« zakonu, taj pristup nije održiv, jer je prestanak pušenja jednostavniji, jeftiniji i zdraviji izbor.²⁸

Pozitivni učinci okruženja bez duhanskog dima

Okruženje bez duhanskog dima povezano je s mjerljivim i brzim poboljšanjem zdravlja u radnika prethodno izloženih SHS-u, uz drastičnu redukciju toksina u zraku.

Zabrane pušenja štite nepušače od učinaka duhanskog onečišćenja, koje je direktan čimbenik povećanog rizika od bolesti srca, raka, emfizema i drugih bolesti.²⁹ Ugostiteljski radnici iskusili su najveće poboljšanje u odnosu na opću populaciju.^{17,30} Najizraženiji dokaz u zdravstvenim koristima jest redukcija broja bolničkih prijema zbog akutnoga koronarnog sindroma.^{17,30,31,32}

Okoliš bez duhanskog dima štiti zdravlje nepušača te ima povoljan ishod na redukciju pušenja. Restrikcija pušenja na javnim mjestima reducira prosječnu konzumaciju duhana za 4–10%.³³ Više ljudi dobrovoljno svoje domove čini mjestima bez duhanskog dima ako su takvi uvjeti na javnim mjestima zakonom regulirani.³⁴

Ekonomska isplativost okruženja bez duhanskog dima

Okruženje bez duhanskog dima može biti ekonomski isplativije nego programi koji ciljaju specifično na prestanak pušenja. Jednom studijom pokazalo se da je nepušačko okruženje za nepušača bilo devet puta troškovno učinkoviteje nego osiguravanje supstitucijske nikotinske terapije pušaču.¹⁹ Ograničenjem uporabe duhanskih proizvoda postiže se cilj zaštite nepušača od duhanskog dima, imajući

pozitivan efekt na još dva javnozdravstvena cilja: redukciju samog počinjanja pušenja i porast prestanka pušenja,⁷ stigmatizirajući pušenje kao socijalno neprihvatljivo ponašanje.

Izloženost SHS-u implicira ekonomske troškove na individualnoj i gospodarskoj razini te razini društva.

Ekonomske troškovi direktni su i indirektni medicinski troškovi te gubitak produktivnosti. Radna mjesta gdje je dopušteno pušenje zahtijevaju veće troškove renoviranja i čišćenja, povećan je rizik od požara i mogu očekivati veće premije osiguranja.⁷ Dodatni poticaji restrikcijama pušenja jesu čistoća na radnim mjestima vezanim uz proizvodnju hrane, lijekova i preciznih instrumenata, pad pravne odgovornosti poslodavca, smanjen utrošak energije na ventilacijske sustave, niži troškovi održavanja zgrada, zdraviji okoliš. »Smoke-free« politika smanjuje troškove u zdravstvenom sustavu,³² podižući radnu produktivnost i općenito reducirajući troškove na tržištu rada, što pogoduje poslodavcima.

Proizlazi da SHS nosi ekonomske troškove, a »smoke-free« okruženje ekonomske koristi – porast produktivnosti radnika, pad mortaliteta i morbiditeta vezan uz pušenje te smanjenje bolovanja i direktnih medicinskih troškova.

Postoje određeni troškovi vezani uz administrativni kapacitet vlade kako bi se implementirali zakoni restrikcije pušenja, osobito vezani uz edukaciju javnosti u samom početku provođenja. Ali ti troškovi s vremenom padaju kako raste prihvaćanje zakona od građana i koristi višestruko nadmašuju troškove.⁷

Preporuke WHO za učinkovitu »smoke-free« politiku

WHO⁷ potiče zemlje članice da slijede preporuke za učinkovitu »smoke-free« politiku:

- Ukloniti polutant – duhanski dim, provodeći 100%-tno okruženje bez duhanskog dima. To je jedina učinkovita strategija. Ventilacija i pušačke zone ne reduciraju izloženost na sigurnu razinu i ne preporučuju se.

- Usmjeriti legislativu tako da sva zatvorena radna mjesta, kao i javna mjesta budu 100%-tno okruženje bez duhanskog dima. Zakon treba osigurati jednaku i univerzalnu zaštitu za sve. Dobrovoljne politike nisu prihvatljive. Zakon koji nalaže okruženje bez duhanskog dima nuždan je; ne smije se oslanjati na dobrovoljnu politiku. Zakon treba biti jasan, jednostavan, provediv i sveobuhvatan.

- Pasivni zakon nije dovoljan, njegova prikladna implementacija i provođenje zahtijevaju napor. Plan i infrastruktura za implementaciju predviđaju organiziranu strategiju, uključujući i razdoblje prilagodbe na zakon.

- Sudjelovanje i prihvaćanje duhanske industrije kao opozicije, predviđajući odgovor na njezine argumente i taktike.

- Edukacija i konzultacija nužne za provedivu implementaciju – edukacijske kampanje u medijima moraju se provesti prije implementacije zakona kako bi se poboljšala suradljivost građana. Za uspješnu implementaciju kritično je uključivanje civilnog društva kako bi se stvorila pozitivna klima legislativi.⁷ Kontrolu provedbe zakona obavlja državni inspektorat.

- Nadzor, mjerenje i evaluacija implementacije nužni su da bi se utvrdila uspješnost zakona, javna potpora i ekonomski aspekti. Dokumentiranje iskustava važno je jer može poslužiti drugim zemljama za suprotstavljanje duhanskoj industriji.

Situacija u Hrvatskoj

Nakon rata u Hrvatskoj broj pušača porastao je na 1,2 milijuna, odnosno na četvrtinu hrvatske populacije. Podaci iz Hrvatske zdravstvene ankete provedene 2003. godine pokazuju da je u Hrvatskoj 27,4% svakodnevnih pušača u dobi od 18 i više godina³⁵ čime se uklapa u prevalenciju zemalja u okruženju. Prevalencija pušenja u žena je 21,7%, dok je u muškaraca 33,8%. Prema procjenama WHO-a pušenje je u Hrvatskoj vodeći uzrok opterećenja bolestima (izraženo pokazateljem DALYs) s udjelom od 15,8%.⁹

Svjetsko istraživanje o uporabi duhana u mladih (GYTS), provedeno u Hrvatskoj 2006. godine, među školskom djecom u dobi od 13 do 15 godina, upozorava na veliku izloženost djece pasivnom pušenju. Čak 92,2% djece izloženo je pasivnom pušenju kod kuće, a 93,3% učenika sadašnjih pušača izloženo je duhanskom dimu na javnim mjestima. Barem jedan od četiri Hrvata dopustiće pušenje svugdje u kući. Sve raniji početak pušenja također zabrinjava.

U svrhu zaštite zdravlja svojih građana Hrvatska je 2008. godine donijela Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda, čime je potpuno zabranjeno pušenje na javnim mjestima.³⁶ Cilj je tog zakona zaštititi zdravlje 70% građana nepušača, ali i utjecati na navike 30% pušača u Hrvatskoj.

Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda od listopada 2008. zabranjuje pušenje na svim javnim mjestima, uključujući barove i restorane. Od svibnja 2009. pušenje u barovima dopušta se jedino u odvojenim zonama s ventilacijom, dok restorani moraju imati posebni prostor gdje se ne poslužuje hrana i piće. U nemogućnosti osiguravanja prostora za pušenje u ugostiteljskim objektima manjim od 50m² cijeli prostor za usluživanje može se odrediti pušačkim prostorom.³⁷ To se može pripisati lobiju duhanske industrije koja pritiscima ishoduje promjene Zakona u svoju korist.

Ponovno je dopušteno pušenje u prijelaznom razdoblju od šest mjeseci, od dana stupanja na snagu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda, odnosno od 9. listopada 2009. pa do 10. travnja 2010, nakon čega su se počele primjenjivati odredbe Zakona o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda (»Narodne novine« broj 125/08, 55/09. – ispr. i br. 119/09).

Zakon o zaštiti na radu³⁸ zabranjuje pušenje na radnome mjestu. Također, poslodavac je dužan zaštititi radnike nepušače od duhanskog dima, s tim da se pušači mogu koristiti odvojenim i označenim prostorijama, namijenjenim samo za pušenje. Zakon³⁶ zabranjuje svaki oblik oglašavanja duhanskih proizvoda (izravni i neizravni) izuzev filmove i umjetničke izvedbe. To je potaknulo duhansku industriju na promjenu strategije prema indirektnom marketingu. Ne samo da su kazne minorne nego je i kontrola slaba.^{39,40} Zakon³⁶ zabranjuje prodaju duhanskih proizvoda maloljetnicima i obvezuje isticanje zabrane na svim trgovinama koje prodaju takve proizvode.

Hrvatska u usporedbi s ostalim tranzicijskim zemljama ne zaostaje u implementaciji nepušačke politike.¹¹ Hrvatska je provela nekoliko protupušačkih kampanja tijekom proteklih godina. Pozitivno je što je više Hrvata pušača i bivših pušača bilo izloženo protupušačkim kampanjama nego u ostalim europskim državama, iako je upitna njihova učinkovitost u obliku postotka pušača koji su htjeli prestati pušiti i relativno malog udjela populacije koji se smatra zaštićenim od SHS-a.⁴¹ Muškarci ne puše manje nego prije desetak godina, a trendovi u ženskoj populaciji pokazuju porast među adolescentima, iako postoji općeniti pad prevalencije pušenja u žena.⁴² Dakle, rezultati tih strategija ne pokazuju učinkovitost u padu prevalencije pušenja.

Što bi se u Hrvatskoj još moglo učiniti? Svakako valja poraditi na edukaciji javnosti kako bi se podigla svijest da je donesen Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda u interesu zaštite zdravlja svih građana RH. Hrvatska također mora dodatno ojačati nadzor nad duhanom u smislu provedbe postojećih ograničenja potrošnje duhana. Jačanje međunarodne suradnje potrebno je za dobivanje političke potpore na području nadzora nad duhanom, jačanje nacionalnih kapaciteta uz međunarodne akcije, mehanizme i alate; koordinirane multisektorske i međunarodne aktivnosti te izmjenu informacija.⁹

Hrvatska treba primijeniti sveobuhvatni pristup koji bi uključivao ograničavanje pušenja na javnim mjestima, više opozivanje, strože zabrane reklamiranja i promocije duhana, kao i prateće servise za prestanak pušenja, uz snažnije zalaganje javnozdravstvene struke. Edukacijski napori trebaju početi znatno prije uvođenja zakonske regulative. Do poduzetnika moraju pravodobno doći objektivne informacije kako bi se ojačala njihova odgovornost za zdravlje svojih radnika te osigurala suradljivost poduzetničkog sektora u provođenju zakona, a da ne bi smatrali da im je to nametnuto.

Jedan od ključnih zadataka Vlade jest partnerstvo s civilnim udrugama, u cilju osvješćivanja javnosti o rizicima SHS-a provođenjem javnih kampanja. Za edukaciju javnosti bitno je sudjelovanje civilnog društva jer ono ima pristup socijalnim mrežama koje su Vladi nedostupne, što ih bolje pozicionira protiv opozicije. Javnozdravstvena zajednica mora odaslati jasnu i snažnu poruku, zajedno sa širokom koalicijom civilnih udruga, u potpori »smoke-free«¹⁰ legislativi. Takvo zalaganje mora biti na dugoročnoj osnovi te na pripremljenom terenu javnog mnijenja zajedničkim naporima iskoristiti povoljan trenutak i kapitalizirati ga u adekvatnu legislativu. Činjenica je da javnozdravstvena struka u Hrvatskoj nije etabliрана kao snažna profesija koja je glasno i odlučno zagovarala javni interes u službi zdravlja građana te potakla javnu raspravu. To u Hrvatskoj nije učinjeno te se Zakon³⁶ našao na nepripremljenom terenu javnog negodovanja, potaknutog nezadovoljnim ugostiteljima koji su lobbirali za njegovo ukidanje. Zakon koji se mijenja i nije dosljedan nije odaslao dobru poruku građanima. Isto tako, svjedoci smo pritisaka duhanskog lobija preko udruga ugostitelja koji za pad prometa okrivljuju Zakon³⁶ apelirajući na Ministarstvo zdravlja da promijeni regulativu u njihovu korist, prikazujući takav čin općedruštvenim interesom. Sve su to suptilne metode duhanske industrije koja iznalazi nove načine da minorizaciju dobre strane Zakona.³⁶ Stoga je bitno motriti poteze duhanske industrije kako bi se moglo pravodobno reagirati na adekvatne načine.

Poreznom politikom, između ostaloga, nastoji se cijenom duhanskih proizvoda destimulirati mladu populaciju na razvoj takve ovisnosti.³⁹

Zaključno se može reći da je zakonska regulativa zaštite nepušača od duhanskog dima u nas adekvatna i suvremeno koncipirana, ali bi trebalo osnažiti kontrolu njezine provedbe. Postojeću legislativu treba osnažiti strožim kaznenim mjerama. Sama legislativa, bez implementacijske strategije, ima djelomičan učinak. Kao mjera nadzora ostaju jedino inspektori ako javnost nije dovoljno senzibilizirana da Zakon djeluje u cilju zaštite zdravlja svih građana Hrvatske. Sanitarni inspektori trebaju periodično izvještavati Ministarstvo zdravlja o stanju na terenu. Na prodajnim mjestima ne smiju se oglašavati duhanski proizvodi, kao i onemogućiti sve oblike indirektnoga medijskog oglašavanja. Glede porezne politike i cijena duhanskih proizvoda postoji velik procijep

između nužnosti punjenja državnog proračuna porezima od prodaje duhanskih proizvoda i šireg aspekta zdravlja koje se ne može monetarno vrednovati. Treba iznaći prihvatljivu ravnotežu između kratkoročnog dobitka u državnoj blagajni opterećenoj velikim postotkom nezaposlenosti i ostalim tranzicijskim nedaćama i očuvanja zdravlja građana kao najveće dugoročne vrijednosti. Politička volja za kreiranje nepušačke kulture itekako je važna, i u Vladi i u opoziciji. Socijalni marketing usmjeren nepušačima koji naglašava njihovo pravo na zdrav okoliš bez duhanskog dima smanjit će toleranciju prema pušenju na javnim (ali i privatnim) mjestima. Većina građana su nepušači, što ne smijemo zane-mariti, te treba javno mnijenje okrenuti u pravom smjeru, a građani trebaju ostati informirani o štetnosti pušenja. U budućnosti može se očekivati napredak na populacijskoj razini u području socijalne stigmatizacije pušenja i šire netolerancije pasivnog pušenja. Uloga medija je ključna u poboljšanju kvalitete i dostupnosti informacija širokoj javnosti i iznošenju realnih činjenica, bez obmana duhanskog lobija, prisutnog često u pozadini protesta ugostiteljskog sektora. Unutar zdravstvenog sustava uloga liječnika obiteljske medicine (LOM) od krucijalne je važnosti, jer LOM ima dostupnu svoju populaciju u skrbi i poželjno je da učini kratku intervenciju (5A's Model: »Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange«)⁴³ u razgovoru sa svojim pacijentom pušačem kako bi ga upozorio na štetnost pušenja za njegovo zdravlje i pridonio porastu motivacije za odvikavanje od pušenja. Slijedom navedenoga, nužno je postojanje servisa za odvikavanje od pušenja – tzv. škole nepušenja, koje nisu uvijek i svima dostupne, kao i besplatne telefonske linije. Edukacija LOM-ova za rad u školama nepušenja, pod uvjetom da je poduprt od svih zdravstvenih profesionalaca, dobrodošla je inicijativa u osiguravanju sustava potpore u odvikavanju od pušenja, koja također omogućuje grupne terapije. Ova posljednja mjera mogla bi pridonijeti opipljivim rezultatima u srednjoročnom razdoblju u ciljanim skupinama stanovništva ako bude adekvatno ugrađena u zdravstveni sustav, posebice na razini primarne zdravstvene zaštite (LOM, medicinske sestre – osobito patronažne, stomatolozi, ljekarnici). Prikladno je razmotriti i iskoristiti internetske aplikacije i mobilne telefone kao dostupne, moderne alate kojima se pristupa određenoj ciljnoj skupini radi pomoći u odvikavanju od pušenja.

Potrebno je naglasiti da univerzalan pristup u mjerama prestanka pušenja ne daje uvijek rezultat, s obzirom na nužnost adresiranja potreba različitih podgrupa u populaciji, odnosno trebali bismo osmisliti specifične intervencije za specifične skupine.

Kulturološka i sociološka stajališta zauzimaju bitno mjesto u suradljivosti građana te su dobrodošla daljnja istraživanja kako najbolje adresirati nepušenje u pozitivnu sliku javnog mnijenja.

Zaključak

Dokazi na temelju iskustava donesenih zakona drugih država konzistentno pokazuju ne samo da je okruženje bez duhanskog dima poticajno već i da implementacija postaje popularna ako je prikladno provedena. Zakon treba prenijeti poruku da pušenje nije društveno prihvaćeno. Njegov ishod – trenutna redukcija srčanih infarkta i respiratornih problema – pozitivno se odražava na zdravlje. Zakonskoj regulativi treba prethoditi organizirana strategija edukacije javnosti, plan i infrastruktura za provođenje te odgovarajući mehanizmi kontrole i evaluacije provođenja. Dakle, legislativa pozitivno utječe na redukciju pušenja i izloženost du-

hanskom dimu na javnim mjestima ako je provedena na prikladan način. Hrvatska kao primjer tranzicijske zemlje ima adekvatnu i suvremenu zakonsku regulativu uz kontinuiranu zadaću poboljšanja suradljivosti javnosti u implementaciji Zakona.

LITERATURA

1. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments, <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/> (pristup 17. 04.2012.).
2. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339(8804):1268–78.
3. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco. *J Health Econ* 2000; 19(6):1117–37.
4. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer* 2004;45(2): S3–9.
5. Scientific Committee on Tobacco and Health. Update of evidence on health effects of secondhand smoke. London: Scientific Committee on Tobacco and Health; 2004.
6. Warren CW, Jones NR, Chauvin J. Tobacco use and cessation counseling: Cross-country data from the Global Health Professionals Survey (GHPS). Atlanta: Centers for Disease Control. Internal report; 2006.
7. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Geneva: Policy recommendations; 2007.
8. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Diseases Control and Prevention; 2006.
9. Hrabak-Zerjavić V, Kralj V. Pušenje – čimbenik rizika za zdravlje. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2007;3:11–7.
10. Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. *The Cochrane Library*. Intervention Rev 2008.
11. Loubeau RP. Selected aspects of tobacco control in Croatia. *Cent Eur J Public Health* 2009;17(1):47–52.
12. World Medical Association [Internet]. Geneva: World Medical Association; c2011 Dostupno na: http://www.wma.net/en/40news/20archives/2011/2011_30/index.html (pristup 24. 01. 2012).
13. Australian Government Department of Health and Ageing [Internet]. Canberra: Tobacco – Health warnings Australian Government Department of Health and Ageing; c2008; dostupno na: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/tobacco-warnpublic> (pristup 10. 01. 2013).
14. The World Bank [Internet]. Washington: Public Health at a Glance – Tobacco Pack Information; c1999. Dostupno na: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPHAAAG/0,,contentMDK:20799704–menuPK:1314842–pagePK:64229817–piPK:64229743–theSitePK:672263,00.html> (pristup 10. 01. 2013).
15. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *Br Med J* 2002;325:188.
16. Hieronimus J. Impact of Workplace Restrictions on Consumption an Incidence (memo to Louis Suwana). Bates Range: Phillip Morris; 2045447779/7806; 1992.
17. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *The Cochrane Library*. Intervention Rev 2010;4:CD005992.
18. Glantz SA, Jamieson P. Attitudes toward secondhand smoke, smoking, and quitting among young people. *Pediatrics* 2000;106:E82.
19. Ong M, Glantz S. Free nicotine replacement therapy programmes vs implementing smoke free workplaces: a cost effectiveness comparison. *Am J Public Health* 2005;95(6):969–75.
20. Tobacco Summary. Special Eurobarometer 332/Wave 72.3 TNS Opinion & Social. European Commission; 2009.
21. Levere, Jane L. Choosing a marketing Plan: traditional or Social media? *The New York Times* 2010. Feb 25.
22. Campaign for Tobacco-Free Kids [Internet]. Washington: Statement: Surgeon General's Report on Women and Tobacco Underscores Need for Congress to Grant FDA Authority Over Tobacco; c2011. Dostupno na: http://www.tobaccofreekids.org/press_releases/post/id_0348 (pristup 10. 01. 2013).
23. Nichter M, Cartwright E. Saving the children for the tobacco industry. *Med Anthropol Q* 1991;5(3):236–56.
24. Liu K, Alevantis L, Offermann F. A Survey of environmental tobacco smoke controls in California office bildingg. *Indoor Air*, 2001;11: 26–34.
25. Alevantis L, Wagner J, Fiski W i sur. Designing for smoking rooms. *ASHRAE J* 2003;45(7):26–32.
26. Wagner J, Sullivan DP, Faulkner D i sur. Environmental tobacco smoke leakage from smoking rooms. *J Occup Environ Hyg* 2004;1(2): 110–118.
27. Nebot M, López MJ, Gorini G i sur. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control* 2005;14: 60–63.
28. Drope J, Bialous SA, Glantz SA. Tobacco industry efforts to present ventilation as an alternative to smoke-free environments in North America. *Tob Control* 2004;13(Suppl 1):i41–7.
29. The Institute of Public Health in Ireland [Internet]. Belfast: Smokefree legislation consultation response; c2007. Dostupno na: <http://www.pub.lichealth.ie/document/smokefree-legislation-consultation-response-uk> (pristup 10. 01. 2013).
30. 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;27(20):2468–72.
31. Juster HR, Loomis BR, Hinman TM i sur. Declines in hospital admissions for acute myocardial infarction in New York state after implementation of a comprehensive smoking ban. *Am J Public Health* 2007;97(11):2035–9.
32. Barendregt JJ, Bonneux L, van der Maas PJ. The health care costs of smoking. *N Engl J Med* 1997;337(15):1052–7.
33. Jha P. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control: development in practice. Washington: The World Bank; 1999.
34. Borland R, Mullins R, Trotter L i sur. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tob Control* 1999; 8:266–271.
35. Kovačić L, Gazdek D, Samardžić S. Croatian health survey: cigarette smoking. *Acta Med Croat* 2007;61(3):281–5.
36. Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda. *Narodne novine*; 2008.
37. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda. *Narodne novine*; 2009.
38. Zakon o zaštiti na radu. *Narodne novine*; 1996.
39. Bražinová A, Brborović O, Chereches RM i sur. Risk Behavior in Five Post-Communist Countries. U: Veselý A, Džúrová D, ur. Substance Use in a Comparative Perspective: The Case of Bulgaria, Czechia, Croatia, Romania and Slovakia. Prag: Karolinum Press; 2011, str. 81–212.
40. Hrabak-Zerjavić V. Country Report on advertising and promotion bans-Croatia. San Francisco: WHO; 2004.
41. Goel RK, Budak J. Smoking patterns in Croatia and comparisons with European nations. *Cent Eur J Public Health* 2007;15(3):110–5.
42. Padjen I, Dabić M, Glivetić T, Biloglav Z, Biocina-Lukenda D, Lukenda J. The analysis of tobacco consumption in Croatia-are we successfully facing the epidemic? *Cent Eur J Public Health* 2012;20(1):5–10.
43. Fiore MC. US Public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care* 2000;45:1200–62.

