
Rosenborg-saken og legers rolle i erstatningssaker

HELSE OG JUS

EBBA L. WERGELAND

Ebba L. Wergeland (f. 1946) er spesialist i arbeidsmedisin og overlege ved Arbeidstilsynet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Email: ebba.wergeland@arbeidstilsynet.no

Hematologisk kreft hos tidligere studenter og ansatte ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet førte til at to saker havnet i retten. Etterlatte krevde erstatning fra staten som arbeidsgiver. Lagmannsretten avviste at det var noen årsakssammenheng mellom arbeidsmiljø og sykdom og viste til utsagn fra de medisinske sakkyndige. Men retten hadde misforstått de medisinske sakkyndige, som på sin side neppe skjønnte hvor avgjørende ordvalget er for utfallet i slike saker.

Sommeren 1997 varslet en professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet universitetsledelsen om at fire tidligere hovedfagsstudenter i botanikk hadde fått hematologisk kreft. Han fryktet en sammenheng med arbeidsmiljøet. Slik begynte den såkalte Rosenborg-saken. Etter hvert ble det avdekket flere tilfeller av hematologisk kreft hos tidligere studenter og ansatte. Oppmerksomheten ble snart rettet mot laboratoriene på Rosenborg slik de var i 1970- og 80-årene. Hadde det vært kreftrisiko i arbeidsmiljøet?

I de første åtte tilfellene som ble kjent, inngikk staten forlik med pasient eller etterlatte og betalte erstatning. Men et regjeringsoppnevnt utvalg (Ersdal-utvalget) mente dette ga et uheldig inntrykk av at årsakssammenhengen var akseptert (1). Staten avslo deretter to nye krav, fra etterlatte til to tidligere studenter. For å få erstatning måtte de nå overbevise rettsapparatet om at det var en årsakssammenheng mellom arbeidsmiljøet og kreftsykdommene non-Hodgkins lymfom og kronisk myelogen leukemi.

De etterlatte vant i Oslo tingrett i 2011, men tapte i Borgarting lagmannsrett i januar 2013. Denne artikkelen bygger på lesing av lagmannsrettens dom (2).

Hva hadde studentene vært utsatt for?

For å sannsynliggjøre årsakssammenheng var det viktig å vite om studentene hadde vært eksponert for kreftfremkallende agenser i arbeidsmiljøet i 1970- og 80-årene, og i hvilke mengder. Mistanken ble i hovedsak rettet mot bestemte laboratorier. I dommen gjengis utdrag av et brev fra studenter og ansatte til verneombudet i juni 1978, der de beskriver arbeidsforholdene ved disse laboratoriene som uholdbare (2, s. 25). Etter en arbeidsplassundersøkelse et halvt år senere ble det rapportert om mangler ved kjemikalilagringen, at det manglet giftskap og at det var mangler ved avtrekksskapene. Ellers fantes det få opplysninger om arbeidsforholdene.

Dommen siterer rapporten fra en ekspertgruppe som ble oppnevnt i Rosenborg-saken (Dybing-utvalget): «Det er holdepunkter for at det i Rosenborglaboratoriene har vært anvendt et dusin kreftfremkallende stoffer. Det har imidlertid ikke så langt i ettertid vært mulig å angi eksponeringen noe mer presist i forhold til konsentrasjoner og varighet» (2, s. 29).

Dommen gjengir også Ersdal-utvalgets kritikk av Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet for mangelfulle undersøkelser etter at krefttilfellene ble kjent: «NTNUs mangelfulle undersøkelser av eksponeringsforhold og -grad ved Rosenborglaboratoriene, har ført til at man i dag, ti år etter at Rosenborgsaken kom opp, ikke vet mer om hvilke arbeidsmiljøpåvirkninger studentene og de ansatte kan ha vært utsatt for. NTNUs unnlatelse på dette området har også redusert muligheten til faktisk å få en klarhet i dette idet laboratoriene nå er revet» (2, s. 6).

Blant mulige kreftårsaker fikk løsemidlet benzen mest oppmerksomhet under rettsforhandlingene. En professor og tidligere laboratorieleder (P) ved Rosenborglaboratoriene blir referert slik: «Det var på 70-tallet ikke gjengs lærdom at benzen var et farlig stoff, og P kunne ikke utelukke at det ikke alltid ble arbeidet i avtrekk» (2, s. 27). Hvis P husker riktig, er uvitenheten oppsiktsvekkende. I 1970-årene hadde benzen vært kjent som beinmargsgift i nesten hundre år. I 1975-utgaven av et arbeidsmedisinsk standardverk står det med uthevet skrift: «Where no substitute can be found, benzene should be used only under the best conditions, and its characteristic odour in a workshop should be regarded as a danger signal. In other words the safe concentration of benzene in a factory or workshop is ZERO parts per million» (3). En norsk håndbok for arbeidere fra samme år advarer mot risikoen for beinmargsskade og leukemi og spesielt mot hudkontakt, fordi benzen tas opp gjennom huden (4).

Universitetets manglende oversikt over arbeidsmiljørisikoen og manglende kunnskap om benzen burde være relevante momenter i en erstatningssak som denne. Norges tekniske høgskole/Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet var landets viktigste utdanningsinstitusjon for kjemiingeniører og kommende industriledere og hadde ressurser til å kjenne og etterleve arbeidervernloven. Lagmannsretten synes ikke å ha vektlagt at arbeidsgiver etter 1970- og 80-årenes arbeidsmiljølov akkurat som i dag var forpliktet til å overvåke de ansattes eksponering for kjemisk risiko og annen helserisiko.

Formaldehyd var en annen mulig kreftårsak. Lagmannsretten konkluderte med at det ikke var «sannsynlighetsovervekt» for at formaldehydeksponering ga økt risiko for den aktuelle krefttypen (kronisk myelogen leukemi). Men de sa også at spørsmålet i liten grad var blitt belyst av de sakkyndige vitnene (2, s. 23). Lagmannsretten mente at de etterlatte måtte bære risikoen for at spørsmålet var begrenset opplyst. De hadde nemlig ikke konkretisert spørsmålet om formaldehyd før under ankesaken, altså ikke i første rettsinstans. Denne ansvars plasseringen kan være juridisk riktig, men for ikke-juristen virker det urimelig at det er de etterlatte som må identifisere kreftårsakene når det vitterlig er arbeidsgivers manglende oversikt som gjør dette nødvendig og samtidig svært vanskelig.

Dersom de sakkyndige hadde fått uttale seg om formaldehyd, kunne det kommet frem at International Agency for Research on Cancer (IARC) har konkludert med at eksponering gir økt risiko for leukemier, spesielt myelogen leukemi (5, 6).

Medisin og jus – mulige versus mest sannsynlige årsaker

Kjernespørsmålet for lagmannsretten var om det var en *årsakssammenheng* mellom eksponeringen for kjemikalier og radioaktiv stråling ved Rosenborg-laboratoriene og kreftsykdommene de to hadde fått. Juristene spurte de medisinske sakkyndige til råds.

Medisinere er utdannet til å se etter årsaker av betydning for behandling eller forebygging. Da er for eksempel alle faktorer som kan påvirke sykdomsforekomsten i en befolkning av interesse, selv om årsakssammenhengen er usikker og mekanismen ukjent. Slike faktorer er *mulige* sykdomsårsaker, og det er tilstrekkelig til at de får relevans.

Medisinerne har ingen vitenskapelig metode til å identifisere Årsaken med stor Å i enkelttilfeller. Derfor går det lett galt når de skal hjelpe juristene. For juristene leter nettopp etter Årsaken i enkelttilfellet. Deres oppgave i samfunnet er å fordele skyld og ansvar i pakt med alminnelig rettsfølelse og rettssikkerhetsprinsipper. De er slett ikke fornøyd med medisinerne *mulige* årsaker. De spør etter *hovedårsaken*, den *nødvendige* årsaken eller den *mest sannsynlige* årsaken. De tror at medisinerne kan gi et vitenskapelig basert svar. Men det de får, er bare en personlig mening om hvilken av de antatt mulige årsakene som var «viktigst» i enkelttilfellet, en mening som vil avhenge av medisinerens personlige og faglige interesser (7).

Rosenborg-saken har mange likhetstrekk med andre yrkessykdomssaker. Juristene i Nav og forsikringsselskapene pleier også å spørre sine medisinske sakkyndige om hvilken betydning arbeidsforholdene har for en persons sykdom. Legene velger blant de *mulige* årsakene de kjenner i arbeidsmiljøet og utenfor og sier også ofte hvor «sannsynlig» de tror sammenhengen er. Med andre ord – hvor sikre de føler seg (7). De forstår ikke alltid at deres valg av ord kan bli avgjørende for utfallet av erstatningssaken og kan føle seg misforstått når dommen faller (8).

I erstatningssaker burde legene begrense seg til å snakke om mulige sykdomsårsaker. Det er vanskelig nok, og konklusjonene er fortsatt subjektive, men de bygger på medisinerens kompetanse. Det er når medisineren begynner å kvantifisere

«sannsynligheten» for årsakssammenheng, og til og med veie ulike årsaker mot hverandre, at de går for langt (7). I praksis gjelder det ofte livsstil mot arbeidsforhold eller, som i Rosenberg-saken, tilfeldigheter (ukjente årsaker) mot arbeidsforhold.

Da er medisinerne på juristenes område: fordeling av ansvar og skyld. Eksempelvis vil et utsagn fra en medisinsk sakkyndig om at en årsakssammenheng mellom arbeidsmiljøeksponeringer og sykdom er mulig, men «lite sannsynlig», lett bidra til at arbeidsgiver blir fritatt for ansvar. Motsatt kan det bidra til at arbeidsgiver tillegges ansvar hvis de sier «svært sannsynlig». Legene har ikke noe samfunnsmessig mandat til å hjelpe juristene med en slik skjønnsmessig ansvarsfordeling.

Hvor robust er spesialistenes skjønn?

I Rosenberg-saken ble flere sakkyndige presentert for de samme to krefttilfellene og spurt om de kunne skyldes arbeidsmiljøet, altså om dette var «yrkeskreft». Engelske forskere har undersøkt påliteligheten av diagnosen yrkesastma, en annen «yrkessykdom» (9). Funnene er relevante for Rosenberg-saken.

Forskerne kontaktet mer enn hundre arbeidsmedisinere og lungemedisinere. Hver av dem fikk tilsendt fire av i alt 19 sykehistorier om pasienter med mulig yrkesastma. Alle sykehistoriene ble dermed vurdert av rundt 20 forskjellige leger. De ble også bedt om å sette en skår (0 – 100) for hvor sannsynlig de mente at diagnosen yrkesastma var.

De fleste svarte at de hadde fått for lite informasjon. De tok allikevel stort sett standpunkt og anga en skår. Gjennomsnittsskåren for den enkelte pasient lå ofte på rundt 50, det vil si at troende og tvilende svar oppveide hverandre. Men alle de 19 pasienthistoriene fikk skår over det meste av skalaen. Spesialistenes vurdering av enkelttilfellene varierte med andre ord sterkt.

Legene fikk mulighet til å vurdere to av sykehistoriene på nytt etter å ha fått tilleggsinformasjon om pasientene. Da følte flere seg sikre (skår nær 0 eller 100) og en langt større andel satte yrkesastmadiagnose – 64 % i andre runde, mot 16 % i første.

Studien viser hva som kan skje når man ber velkvalifiserte leger uttale seg i en yrkessykdomssak. Hvis det er mangelfull informasjon, er det vanskelig å mene noe, kanskje særlig å konkludere bekreftende med at det er yrkessykdom. Med litt mer informasjon blir det lettere å konkludere bekreftende, samtidig som legen føler seg sikrere (skår nær 0 eller 100) på både bekreftende og negative konklusjoner.

De sakkyndige i Rosenberg-saken hadde lite informasjon om pasientenes eksponering. Akkurat som i den engelske studien var de derfor usikre og forsiktige med å konkludere bekreftende om «yrkeskreft» (årsakssammenheng). De satte ingen direkte skår, men anslo iblant «sannsynligheten» for årsakssammenheng som stor eller liten. En gikk så langt som til å si at «sannsynligheten» for en konkret sammenheng var under 1/10. Slike anslag om «sannsynlighet» tillegges ofte stor vekt av jurister. De forveksler det antakelig med statistisk sannsynlighet, mens det i realiteten bare er snakk om hvor sikker den sakkyndige er på sin konklusjon.

Når lagmannsretten misforstår de sakkyndige

Lagmannsretten konkluderte til slutt på samme måte i begge sykdomstilfellene: «Etter en samlet vurdering finner lagmannsretten ikke at det er sannsynlig at eksponering for farlige stoff på Rosenborg var årsak til NNs kreftsykdom. Lagmannsretten legger betydelig vekt på at de epidemiologiske undersøkelsene ikke gir holdepunkter for at risikoen for hematologisk kreft har vært større for den aktuelle studentgruppe, enn det som forventes i befolkningen for øvrig» (2, s. 36 – 7).

De epidemiologiske undersøkelsene det blir vist til, var først og fremst en undersøkelse av risiko for hematologisk kreft blant studenter, doktorgradskandidater og ansatte med tilknytning til Rosenborg-laboratoriene. Undersøkelsen ble initiert av Statens arbeidsmiljøinstitutt og utført i samarbeid med Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs hospital i Trondheim og Kreftregisteret (10). Formålet var «å gi et bidrag til å belyse forhold omkring forekomsten av hematologisk kreft ved Rosenborg-laboratoriene» (2, s. 5). Studien var liten og «negativ» eller «ikke-konklusiv».

Dybing-utvalgets rapport, som lagmannsretten siterer, sa derfor som sant var: «Blant de som kun hadde vært studenter ... var det ingen sikkert forhøyet risiko [for hematologisk kreft]. (...) Det var ingen forhøyet risiko for hematologisk kreft knyttet til fagområdet biologi, herunder botanikk» (2, s. 29, 11). De burde ha presisert at undersøkelsen ikke sa noe som helst om årsaken til de to tilfellene som rettssaken gjaldt.

Lagmannsretten trodde åpenbart at undersøkelsen avkreftet årsakssammenheng i de to enkelttilfellene og nærmest gjorde opplysninger om eksponering overflødige: «Det får således liten betydning i den samlede vurdering at forholdene ved Rosenborg ikke var klarlagt i detalj» (2, s. 33). Også andre steder i dommen er det tegn til at lagmannsretten oppfattet medisinsk sakkyndiges utsagn om «manglende holdepunkter for risiko» som synonymt med «dokumentert fravær av risiko» (2, s. 23, 32 og 33).

Lagmannsretten refererte til «P-pilledommen II» fra 1992, en standardreferanse for jurister i saker om erstatningsansvar ved sykdom (12). Der konkluderte et flertall på tre med at det var en årsakssammenheng mellom p-pillebruk og skadelidtes hjernetrombose og at produsenten hadde erstatningsansvar. Men lagmannsrettens dom i Rosenborg-saken viser at de overså p-pilledommens viktige advarsel mot feiltolking av epidemiologiske studier: «Som flere av de sakkyndige har understreket, kan det ikke trekkes direkte slutninger fra et statistisk materiale til det enkelte konkrete sykdomstilfellet».

Dommen bygger nettopp på en slik feilslutning: fra gjennomsnittsriskoen for hematologisk kreft i en gruppe studenter til de to enkelttilfellene. Burde medisinsk sakkyndige pålegges et ansvar for å sikre at de blir forstått?

Saken er anket, og Høyesterett skal vurdere de samme spørsmålene som lagmannsretten. Avgjørende eksponeringsopplysninger mangler fortsatt, og de medisinsk sakkyndige vil derfor fortsatt være tilbakeholdne med bekreftende konklusjoner om årsakssammenheng. Det er problematisk hvis dette bidrar til at lagmannsrettens konklusjon blir stående. Det vil faktisk bety at det lønner seg for

arbeidsgivere å neglisjere lovens krav om å overvåke helserisikoen i arbeidsmiljøet hvis de vil unngå fremtidig erstatningsansvar. Det er neppe i samsvar med den alminnelige rettsfølelse.

Addendum

Høyesterett har avvist anken.

Publisert først på nett.

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Rosenborgsaken. Det offentliges håndtering av kreft hos ansatte og studenter ved Norges lærerhøgskole i Trondheim/Den allmennvitenskapelige høgskolen. NOU 2007: 9.
2. Borgarting lagmannsrett – Dom.
www.ntnu.no/documents/237116/5195581/Rosenborgsaken_dom2013.pdf
(11.5.2013).
3. Hunter D. The diseases of occupation. London: Hodder and Stoughton, 1975: 483.
4. Husum H, Wergeland E. Kamp mot helsefarlig arbeid. Oslo: Oktober, 1975.
5. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. A review of human carcinogens: chemical agents and related occupations. Lyon: IARC, 2012: 401 – 35.
6. Kristensen P. Den vanskelige risikoanalysen. Ramazzini 2013; 20: 6.
7. Wergeland E, Schiøtz A, Bratt U. Medisinsk sakkyndighet i yrkessykdomssaker. Tidsskrift for rettsvitenskap 2008; 1: 75 – 86.
8. Hansen A. Misforstått av Høyesterett. Dagbladet 20.5.2005.
9. Turner S, McNamee R, Roberts C et al. Agreement in diagnosing occupational asthma by occupational and respiratory physicians who report to surveillance schemes for work-related ill-health. Occup Environ Med 2010; 67: 471 – 8.
[PubMed] [CrossRef]
10. Kristensen P, Hilt B, Svendsen K et al. Forekomst av hematologisk kreftsykdom hos ansatte og studenter ved Rosenborglaboratoriene, NTNU.
www.ntnu.no/info/rosenborg/Rosenborgrapport140207.pdf? (22.5.2013).
11. Kreftsaken på NTNU. Endelig vurdering.
www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/ntnukreftvurderingendelig2_ok.pdf
(22.5.2013).
12. Høyesterett – Dom. HR-1992-8-B. Rettstidende 1992; 64: 20.

Publisert: 25. juni 2013. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.13.0328

Mottatt 8.3. 2013, første revisjon innsendt 12.5. 2013, godkjent 23.5. 2013. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.