

**NOU**

Norges offentlige utredninger **2000: 16**

# Tobakksindustriens erstatningsansvar

Utredning fra en faggruppe med mandat fra Sosial- og helsedepartementet 23.  
januar 1998

Avgitt 28. juni 2000

Statens forvaltningstjeneste  
Informasjonsforvaltning

---

Oslo 2000

## Til Sosial- og helsedepartementet

Utredningen om tobakksindustriens erstatningsansvar med vedlegg er utarbeidet av en rekke eksperter fra flere fagområder, se punkt 1.1. Våre anbefalinger er inntatt i punkt 1.20. Rådsforsamlingen i Statens tobakksskaderåd har gitt sin tilslutning til utredningen. Det er særlig tre typer av søksmål som kan være aktuelle i Norge:– Erstatningskrav overfor tobakksindustrien fra personer som selv har røykt og deres etterlatte.– Erstatningskrav overfor arbeidsgivere, yrkesskadeforsikringen og/eller tobakksindustrien fra dem som har vært utsatt for tobakksrøyk i arbeidsmiljøet.– Erstatningskrav overfor tobakksindustrien fra fylkeskommuner for utgifter til sykehusbehandling av røykerelaterte sykdommer. Ved den erstatningsrettslige vurderingen er følgende egenskaper og forhold ved tobakken, tobakksindustrien og de skadelidte viktige:– Risikoen for skader, sykdommer, uferhet og dødsfall er meget høy ved bruk av tobakksvarer. I Norge dør det årlig ca 7 500 personer på grunn av røykerelaterte sykdommer.– Tobakksvarer som inneholder nikotin, er ikke bare psykologisk og sosialt vanedannende, men sterkt avhengighetsskapende.– Det er når tobakksvarer brukes på vanlig måte, etter sitt formål, at helseskader og avhengighet oppstår. Dette er et viktig kjennetegn ved tobakk som atskiller dette stoffet fra alkohol, legemidler, biler, farlige redskaper og andre produkter som volder skader.– Tobakksindustrien har hatt meget store fortjenester ved sin virksomhet, mens røykerne og fylkeskommunene er blitt belastet med sykdommer og utgifter. Den som har fordelene av virksomheten, bør også bære omkostningene – ”Von og vågnad må fylgast ad”.– Tobakksindustrien har ikke informert forbrukerne om de helseskadene og den nikotinavhengigheten som knytter seg til bruk av tobakksvarer. Industrien har tvert imot intensivert reklamevirksomheten etter at tobakksrapportene fra helsedirektørene i USA og Norge kom i 1964; den benektet, bagatelliserte og sådde tvil om medisinsk forskning om alvorlige helseskader; og den har motarbeidet offentlige tiltak som har vært begrunnet ut fra helsemessige hensyn.– En stor del av røykerne har begynt å røyke i ung alder; de fleste som nå blir syke, begynte før reklameforbudet og helseadvarslene ble innført i 1975; de har ikke visst om alle de helseskadene og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til bruk av tobakksvarer; og mange av dem har forgjeves forsøkt å slutte flere ganger.

Oslo den 31. mai 2000

*Asbjørn Kjønstad Leder*  
*Vidar Birkeland*  
*Erik Dybing*  
*Karl Erik Lund*  
*Tore Sanner*

*Nicolai V. Skjerdal*

## Kapittel 1

# Hovedpunkter i utredningen

### 1.1 Bakgrunn, oppdrag og arbeid

---

I USA har det vært ført erstatningssaker mot tobakksindustrien i 40–50 år. Lenge var det så godt som umulig for de skadelidte å vinne fram. Men fra midten av 1990-årene kom det et omslag. Både de som selv har røykt og passive røykere har vunnet en del søksmål. Dertil er det inngått forlik mellom delstatene og tobakksindustrien om at den skal betale nesten 250 milliarder dollar for dekning av utgifter til sykehusbehandling av røykerelaterte sykdommer.

I mange andre land er det eller er det i ferd med å bli reist søksmål mot tobakksindustrien. Her kan nevnes Canada, flere latin-amerikanske land, Irland, Finland, Tyskland, Nederland, Frankrike, Spania, Israel og Australia.

Helseminister Gudmund Hernes uttalte i en pressemelding av 1. september 1997: «I forbindelse med utarbeidelsen av Norsk kreftplan vil helseministeren vurdere hvorvidt det skal reises erstatningskrav mot den norske tobakksindustrien for å få tobakksindustrien til å dekke deler av de enorme utgiftene røykerelaterte skader påfører samfunnet.»

Etter initiativ av Sosial- og helsedepartementet ble det i 1997 holdt flere møter for å drøfte mulighetene for erstatningsansvar for tobakksindustrien i Norge. Her deltok representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Statens tobakksskaderåd, medlemmer av dets rådsforsamling, representanter fra Den Norske Kreftforening, enkelte fylkeshelsesjefer, forskere og advokater. Dette førte til et formelt oppdrag fra departementet til Rådsforsamlingen i Statens tobakksskaderåd.

I ekspedisjon av 23. januar 1998 fra Sosial- og helsedepartementet vedrørende «Norsk oppfølging av tobakksskadeforebyggende arbeid i USA og det amerikanske tobakksforliket» heter det blant annet: «Sosial- og helsedepartementet gir Rådet i Statens tobakksskaderåd i oppdrag å utrede spørsmålet om eventuelle hensiktsmessige og nye strategier i arbeidet mot skadevirkninger av røyking, særlig hvilke erfaringer man kan gjøre seg i Norge på bakgrunn av utviklingen i USA. Rådet bør blant annet utrede hvordan bruk av erstatningsrett stiller seg i forhold til mulige norske saksøkere. Herunder kan det være aktuelt å vurdere de samfunnsøkonomiske virkninger av røykerelaterte helseskader.»

På møte i Statens tobakksskaderåds fagråd 16. og 17. februar 1998 ble det opprettet en arbeidsgruppe vedrørende erstatningsrett med professor dr. juris Asbjørn Kjønsdal som prosjektleder og med professor dr. med. Erik Dybing og advokat cand. jur. og cand. med. Vidar Birkeland som medlemmer. Cand. jur. Nicolai V. Skjerdal har vært engasjert til å arbeide med utredningen på full tid fra mai 1998 til mai 2000.

Som et ledd i erstatningsprosjektet ble det i mai 1999 arrangert en konferanse i Oslo om erstatningsansvar for tobakksindustrien i USA og Norge. Her

deltok flere framtreddende jurister som hadde vært sentrale i erstatningsoppgjørene i USA – tidligere regjeringsadvokat (Attorney General) i Minnesota, Hubert Humphrey, og advokatene Roberta Walburn, Norwood S. Wilner og Eric Johnsen. Vidar og Guro Birkeland hadde hovedansvaret for denne konferansen som var meget viktig for prosjektets videre framdrift.

Professor dr. philos Tore Sanner (toksikolog) og postdoc-stipendiat dr. polit. Karl Erik Lund (samfunnsviter) har vært engasjert til å skrive deler av utredningen. Dertil har en rekke personer fått i oppdrag å utrede mer spesielle spørsmål som er av stor betydning, se de 12 vedleggene til utredningen.

Arbeidet med de enkelte delene av utredningen har vært fordelt slik: Tore Sanner har skrevet kapittel 2, og sammen med Erik Dybing kapittel 3. Erik Dybing har skrevet kapittel 4. Karl Erik Lund har skrevet kapittel 5. Nicolai V. Skjerdal har skrevet kapittel 6 til 10 og 17 til 20. Asbjørn Kjønsstad har skrevet kapittel 11 til 16.

Som prosjektgruppens leder har Kjønsstad også hatt ansvaret for koordineringen og framdriften av arbeidet, engasjeringen av utrederne på de enkelte områdene, gjennomgang og kommentering av de enkelte deler av utredningen og vedleggene, samt sammensyningen av det hele til en enhet. Skjerdal og Birkeland har også gått grundig gjennom og kommentert utredningen og vedleggene.

Utredningsarbeidet har vært drøftet på de møtene som Rådsforsamlingen i Statens tobakksskaderåd har hvert halvår. På møtet den 30. og 31. mars 2000 ble utkast til hele utredningen med vedlegg gjennomgått. Rådsforsamlingen ga sin tilslutning til utredningen. Av rådsforsamlingens medlemmer har følgende fulgt hele utredningsarbeidet og deltatt på det avsluttende møtet: Arvid Libak (formann), Guro Birkeland, Vidar Birkeland, Erik Dybing, Sidsel Graff-Iversen, Inger Torhild Gram, Asbjørn Kjønsstad, Karl Erik Lund, Maja-Lisa Løchen og Jørgen Aasness.

Statens tobakksskaderåds administrasjon har gitt erstatningsrettsprosjektet høy prioritet, og direktør Liv Urdal har ytet vesentlige bidrag til prosjektet. Samarbeidet med juridisk rådgiver Vera Vislie, kontorsjef Eivor Bjerkestrand og informasjonssjef Jon Bakkerud har også vært viktig.

Prosjektet er finansiert ved midler som Sosial- og helsedepartementet har stilt til disposisjon for Statens tobakksskaderåd samt et betydelig bidrag fra Den Norske Kreftforening. Fordi erstatningsprosjektet kaster lys over de fleste andre spørsmål som Statens tobakksskaderåd arbeider med, har det ikke vært nødvendig eller ønskelig å utskille prosjektets utgifter fra det øvrige budsjettet.

I det følgende vil vi gi et sammendrag av utredningen. Vi vil følge samme disposisjon som i selve utredningen, slik at kapittel 2 oppsummeres i punkt 1.2, kapittel 3 i punkt 1.3 osv. Det er også inntatt oppsummeringer og konklusjoner i slutten av hvert kapittel, slik at denne utredningen i realiteten inneholder to kortversjoner. Avslutningspunktet i hvert kapittel er skrevet med henblikk på dem som har lest kapitlet, mens kapittel 1 er skrevet med henblikk på dem som ønsker et raskt første innblikk i hele utredningen. Kapittel 1 er utarbeidet av Kjønsstad (1.1 til 1.5, 1.11 til 1.16 og 1.20) og Skjerdal (1.6 til 1.10 og 1.17 til 1.19).

Punkt 1.20 inneholder enkelte anbefalinger.



*I Kjemiske, medisinske og samfunnsmessige perspektiver***1.2 Utviklingen av tobakksprodukter – fra enkelte landbruksprodukter til høyteknologiprodukter**

---

Kapittel 2 konsentrerer seg om skadevoldersiden og de produkter som tobakksindustrien har markedsført. Det framgår at tobakksproduktene i løpet av det 20. århundre utviklet seg fra å være relativt enkle landbruksprodukter – tobakksplanten er nært beslektet med poteter og tomater – til å bli høyteknologiske industriprodukter som kan utformes ut fra forretningsmessige/økonomiske målsettinger og/eller helsepolitiske målsettinger.

**1.2.1 Trusler mot tobakksindustrien**

Tobakksindustrien har vært utsatt for to alvorlige trusler i siste halvdel av det 20. århundre: Den første i 1950-årene da legevitenenskapen og røykerne begynte å bli oppmerksomme på at røyking kunne gi betydelige helseskader. Den andre i slutten av 1980-årene da man begynte å bli klar over at passiv røyking også kunne gi alvorlige helseskader.

Tobakksindustrien benektet at røyking førte til helseskader, men var engstelig for at alle rapportene om helseskader skulle skade salget. Industrien satset da på en videreutvikling av tobakksproduktene. De største tobakksfabrikkene i USA dannet i 1954 The Tobacco Industry Research Committee (TIRC) for å ta seg av den økende kunnskap om helseskader. Med råd fra TIRC begynte fabrikantene å reklamere for at filtersigaretter og lavtjæresigaretter ga en «sunnere» røyk. Dette førte til at salget økte igjen.

**1.2.2 Gårsdagens tobakksprodukter**

Etter at Columbus oppdaget «den nye verden» i 1492, ble tobakksfrø brakt fra Amerika til Portugal, og i løpet av 1500-tallet spredte dyrkingen av tobakk seg over hele Europa. I dag dyrkes tobakk i Afrika, Sør- og Nord-Amerika, Europa og Asia. I utredningen gjøres det rede for dyrking, tørking, annen behandling av tobakk, tilsetningsstoffer og den kjemiske sammensetning av røyk.

Det er identifisert omkring 4000 ulike kjemiske stoffer i tobakksrøyk. Det er påvist at en rekke av disse er kreftfremkallende, og i utredningen gis det en oversikt over en del av de helsefarlige stoffene.

**1.2.3 Videreutviklingen av tobakksproduktene**

Tobakksindustrien i USA har hatt to målsettinger ved utviklingen av de moderne høyteknologiske tobakksproduktene etter 1950: De nye produktene måtte framstå som mindre helseskadelige ved blant annet å redusere nivået av tjærestoffene som kan måles i sigarettøyken. Den andre målsettingen har vært å øke lønnsomheten.

For at tobakksindustrien skulle kunne holde på sine kunder og få nye kunder, var det «viktig» at tobakksproduktene ga brukerne en tilstrekkelig mengde med nikotin. Ved røyking skjer det et direkte opptak av nikotin fra røykholdig luft i lungeblærene. Nikotin kommer så i høy konsentrasjon over i blodomløpet og fraktes med blodet til hjernen. Nikotin likner kjemisk på det naturlige signalstoffet acetylkolin og vil aktivere acetylkolinreseptorene. Dopamin er et annet signalstoff i hjernen som frigjøres med acetylkolin når

nikotin bindes til acetylkolinreseptorene. Frigjøring av dopamin i hjernen gir en nytelsesfølelse, og det skaper avhengighet. Mekanismene som skaper avhengighet av nikotin er svært like mekanismene som skaper avhengighet av heroin og kokain.

Nikotin finnes i tobakksplantene, men er ikke en nødvendig bestanddel av moderne sigaretter. Dagens teknologi gjør det mulig å fjerne nesten all nikotin fra sigarettene. Det er imidlertid helt nødvendig for tobakksindustriens eksistens at deres produkter inneholder en tilstrekkelig mengde nikotin til å gi brukerne den ønskede tilfredsstillelse, til å opprettholde nikotinavhengigheten hos røykerne, og til å skape avhengighet hos nye brukere.

Nikotinnivået som røykerne får, kan justeres ved å øke mengden av «fri» nikotin (i motsetning til «bundet» nikotin i ioneform). Mengden med «fri» nikotin avhenger av syre-/baseforholdet i sigarettene og kan reguleres blant annet ved tilsetning av ammoniakk. Dette ble gjort av Philip Morris så tidlig som i 1965, og det medvirket til en meget rask økning i salget av Marlboro. Senere er tilsetningen av ammoniakk og lignende stoffer som øker nikotinopptaket, blitt brukt av de aller fleste tobakksprodusentene.

I 1931 kom de første filtersigaretter. Flere filtersigaretter ble markedsført etter at man i 1950-årene ble klar over helseskadene ved røyking. Utviklingen av lette («light») sigaretter ble i USA intensivert etter helsedirektørens rapport i 1964.

I begynnelsen av 1970-årene begynte tobakksindustrien å perforere filtertippet ved å stikke én eller flere rader med små hull rundt filteret. Når røykerne tar et drag, fortynnes røyken med luft, sigaretten brenner langsommere, det fører til en reduksjon av karbonmonoksid, nitrogenoksider og tjære, mens nikotinmengden påvirkes mindre.

I USA er det klarlagt at ca. 600 stoffer blir eller er blitt brukt som tilsetningsstoffer i sigaretter. Det dreier seg om aroma- og smaksstoffer, sukker, fuktighetsbindende stoffer og sauser. De fleste av tilsetningsstoffene anses som ufarlige. Ut fra stoffenes struktur kan man imidlertid anta at det for noen kan dannes kreftfremkallende stoffer ved oppvarming og/eller forbrenning.

Nikotin har en harsk smak. For å kunne ha et tilfredsstillende høyt nivå av nikotin i tobakksproduktene, modifierer tobakksindustrien den harske smaken ved å tilsette smaksstoffer som sukker, essenser, mentol, lakris og aromaekstrakter.

Det høye nikotininnholdet i snus gjorde at mange syntes at smaken var vond, og de ble kvalme og svimle av nikotinen. I 1960- og 1970-årene begynte tobakksfabrikantene å utvikle lavnikotinprodukter i tepose-liknende pakninger for å oppmuntre folk til å begynne med røykfri tobakk. Fabrikantene manipulerte produktene for å ha et register av snusprodukter med økende nikotinnivå – fra begynnerne til erfarne brukere. I USA begynner man med «Skoal Bandit», går over til «Happy Days» og «Skoal Long Cuts», for så å ende som erfaren bruker med «Copenhagen».

#### **1.2.4 Sammenlikning av gårsdagens sigaretter med dagens høyteknologisigaretter**

Vekten av tobakk i en amerikansk sigarett er gått ned med ca 40 prosent fra 1954 til 1993. Hovedstrømrøyken til dagens sigarett angis å inneholde ca 1/3 av tjære og nikotin sammenlignet med en 1950-sigarett. I dag dominerer

høyteknologifiltersigaretter det internasjonale markedet. Ventilasjon i filteret og sigarettpapiret er en av kjerneteknologiene som tobakksindustrien bruker for å manipulere tjære- og nikotininnholdet, spesielt i de produktene som angis å gi minst tjære og nikotin. Mengden av tjære og nikotin som røykeren får i seg ved å røyke en ventilert sigarett, kan bli like høy som ved å røyke en «vanlig» sigarett. Men når sigarettprodusentene angir at den inneholder mindre tjære og nikotin, tror røykeren at det dreier seg om et mindre helseskadelig produkt.

I 1983 introduserte Tiedemanns Tobaksfabrik sigarettmerket «Barclay» (som er produsert av den internasjonale tobakksgiganten British-American Tobacco/Brown & Williamson) på det norske markedet med et angitt innhold på 1 mg tjære og 0,12 mg nikotin. Det var meget lave tall tatt i forhold til det som var vanlig på denne tiden. En norsk advokat som representerte et konkurrerende amerikansk tobakksfirma (Philip Morris) protesterte på disse tallene, mens Tiedemanns advokat mente de var riktige. Forklaringen på uoverensstemmelsen er at Barclay har et filter med luftkanaler som blokkeres av røykerens fingre og munn, mens det ved måling med en maskin ikke forekommer slik blokkering. Dette tyder på at også tobakksindustrien i Norge var klar over de store forskjellene i nikotin og tjære som framkom ved målingene, sammenlignet med det røykerne fikk i seg.

Flere studier viser at røykere av sigaretter med lavt nikotin- og tjæreinnhold, røyker flere sigaretter, røyker mer intenst og blokkerer ventilasjonshullene for å tilfredsstille nikotinbehovet. Den høye hastigheten som røyken trekkes gjennom sigaretten når røykeren inhalerer mer intenst, øker nivået av tjære, nikotin og nitrosaminer 2–3 ganger.

Tobakksindustrien i USA har helt fra 1970-årene vært klar over at når røykerne går over til lavtjære- og lavnikotinsigaretter, vil de røyke på en annen måte slik at de får tilstrekkelig nikotin. Industrien har vurdert dette og kommet til at det er bedre for den å la røykerne «narre seg selv» og tro at risikoen for helseskader er mindre ved å gå over til de moderne sigarettene.

Basert på dagens kunnskaper om hvordan røykerne kompensere når de røyker «milde» sigaretter, er det lite sannsynlig at det er merkbart mindre farlig å røyke nå etter at de «milde» sigarettene har kommet enn det var tidligere da man hadde «sterke» sigaretter uten filter. Det synes å være enighet om at det til tross for at det har skjedd betydelige forandringer med sigarettene i perioden etter 1950, har dette hatt liten forbedrende effekt på helserisikoene ved røyking.

### **1.3 Helseskader ved aktiv og passiv røyking**

---

#### **1.3.1 Innledning**

Kapittel 3 konsentrerer seg om skadelidtesiden, nemlig helseskader som kan oppstå ved bruk av tobakksprodukter.

Generelt regner man med at minst hver tredje daglig-røyker dør tidligere enn normalt som følge av helseskader ved røyking. Halvparten av disse dør før de kan nå pensjonsalderen, og de mister 20–25 år i forhold til levetiden for en

gjennomsnittlig ikke-røyker. Det tar omtrent 7 minutter å røyke en sigarett, og i gjennomsnitt forkortes livet med 7–10 minutter for hver sigarett som røykes.

Kreft, hjerte- og karsykdommer og luftveissykdommer er de viktigste dødsårsakene ved røyking. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til betydelige helseplager og redusert livskvalitet. I dag er det flest menn som rammes av røykerelaterte sykdommer, fordi de begynte å røyke tidligere enn kvinner. Nå er røykeandelen for kvinner og menn blitt noenlunde like store, og det forventes en sterk øking i røykerelaterte sykdommer og dødsfall hos kvinner.

Det antas at det årlig dør ca 7 500 personer i Norge som følge av aktiv røyking. I tillegg dør ca 400 som følge av passiv røyking.

### 1.3.2 Aktiv røyking

Tobakksrøyk inneholder mer enn 50 kjente kreftframkallende stoffer. Kreft risikoen øker lineært med antallet sigaretter. Det er ikke noe sikkert nedre antall sigaretter per dag eller per uke som man kan konsumere uten å øke risikoen for å utvikle kreft. Risikoen er større desto yngre en person er når han eller hun begynner å røyke.

Lungekreft er den sykdommen som har fått størst oppmerksomhet i forbindelse med røyking. Hyppigheten av lungekreft øker nå langt mer blant kvinner enn blant menn. Generelt har en kvinne som røyker 10 sigaretter per dag, 10 ganger så høy risiko for å få lungekreft som en kvinne som ikke er utsatt for tobakksrøyk.

Når det gjelder andre kreftformer enn lungekreft, er det holdepunkter for følgende: Risikoen for kreft i munnhulen øker med 2–4 ganger blant røykerne. Risikoen for kreft i spiserøret kan være ca 5 ganger høyere blant røykere enn ikke-røykere. Risikoen for kreft i magesekken dobles sammenliknet med aldri-røykende. Risikoen for kreft i tykktarm og endetarm øker med ca 50–100 % på grunn av røyking. Risikoen for kreft i bukspyttkjertelen tredobles ved røyking. Risikoen for kreft i urinblæren er dobbelt så høy blant røykerne som blant aldri-røykerne. Ca 40–70 % av kreft i nyrer og urinveier skyldes røyking. Risikoen for kreft på livmorhalsen øker opptil 5 ganger hos røykere. Risikoen for kreft i de ytre kjønnsorganene er tilnærmet fordoblet blant røykerne. Nyere undersøkelser tyder på at røyking også øker risikoen for brystkreft.

Hjerte- og karsykdommer er årsaken til den største oversykkeligheten og overdødeligheten blant røykerne. Røyking, høyt blodtrykk og høyt kolesterol er de tre viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer. Det antas at en kvinne som røyker en pakke sigaretter om dagen, har 4 ganger høyere risiko for å dø av hjertesykdom enn en ikke-røyker. Selv et meget lite sigarettforbruk fører til en betydelig økning av risikoen for hjerteinfarkt; for en kvinne som røyker 1–4 sigaretter om dagen, er risikoen fordoblet. En stor undersøkelse viste at risikoen for hjerneslag for kvinner som røyker, øker med 2,6 ganger i forhold til dem som aldri har røykt. En undersøkelse av tvillinger viste at graden av åreforkalkning i halspulsåren var tre ganger større hos røykerne enn hos ikke-røykerne.

Kvinner som røyker, har nedsatt fruktbarhet. Risikoen for svangerskap utenfor livmoren øker med røyking. Røyking under svangerskapet kan gi alvorlige helseskader hos mor og barn, og betydelig risiko for spontanaborter, tidlig fødsel, redusert fødselsvekt og plutselig spebarnsdød. Undersøkelser

har vist at mors røyking under svangerskapet også kan påvirke barnets utvikling når det gjelder skoleprestasjoner og adferd.

Menneses risiko for impotens ser ut til å bli fordoblet ved røyking.

Røyking medvirker også til en rekke andre sykdommer og helseskader i munnhule og luftveier, magesår, leddgikt, urinkontinens, grå stær, hørseltap, giftstruma, sukkersyke, godartede brystlidelser, selvmord, psoriasis, rynker i hud og grått/livløst hår.

Enkelte røykere hevder at røyking reduserer risikoen for visse sykdommer. Tidligere ble det hevdet at risikoen for å utvikle Alzheimer sykdom kunne reduseres ved røyking, men nyere undersøkelser viser at røyking heller kan øke hyppigheten av Alzheimer og senilitet generelt. Flere studier har vist at røyking reduserer risikoen for kreft i livmorlegemet, men det er bare hos kvinner etter overgangsalderen. Det viser seg imidlertid her at kreftutviklingen ofte er mer langtkommen når svulster i livmorlegemet oppdages hos røykere enn ikke-røykere. Røyking synes å redusere risikoen for å utvikle nervelidelsen Parkinsons sykdom hos yngre personer, men hos eldre personer øker risikoen. Flere undersøkelser viser at røyking reduserer risikoen for å utvikle en kronisk betennelsesaktig tarmsykdom kalt ulcerøs kolitt. På den annen side er risikoen for å utvikle den kroniske tarmlidelsen Crohns sykdom tre ganger høyere hos kvinner som røyker enn blant dem som ikke røyker. – Det må understrekes at de små gunstige effektene på ingen måte oppveier for de meget omfattende sykdomsframkallende virkningene av røykingen.

### 1.3.3 Passiv røyking

Av 106 oversiktsartikler konkluderer 63 prosent med at passiv røyking er helseskadelig. Størsteparten av de andre rapportene er imidlertid skrevet av forfattere som har hatt forbindelse med tobakkindustrien. Det er bare 10 prosent av de uavhengige rapportene som konkluderer med at passiv røyking ikke er helseskadelig.

Konsentrasjon av tobakksrøyk i omgivelsesluft angis vanligvis som mikrogram nikotin per m<sup>3</sup> luft. En undersøkelse viser at konsentrasjonen i en stue er 0,15 mikrogram per m<sup>3</sup> dersom ingen røyker der, 2,5 mikrogram per m<sup>3</sup> dersom bare far røyker, 5,5 mikrogram per m<sup>3</sup> dersom bare mor røyker og 12,1 mikrogram per m<sup>3</sup> dersom begge røyker. I nattklubber kan det være 28–50 mikrogram per m<sup>3</sup> og i røykerom på arbeidsplasser 70 mikrogram per m<sup>3</sup>.

Kortvarig påvirkning av miljørøyk fører til ubehag i form av irritasjon i øynene, sår eller tørr hals, hoste, tiltetting i brystet og/eller tungpustethet. Mange astmapasienter får åndenød på arbeidsplasser eller i sosiale samvær hvor de utsettes for passiv røyking.

Risikoen for lungekreft øker med ca 30 % ved passiv røyking. Det er beregnet at ca 50 ikke-røykere i Norge dør hvert år som følge av røyking på arbeidsplassen eller i hjemmet.

Passiv røyking øker risikoen for hjerteinfarkt med ca 30 %. Det er anslått at mellom 300 og 500 ikke-røykere i Norge dør hvert år av hjerteinfarkt forårsaket av passiv røyking.

Den vordende fars røyking under hustruens svangerskap og foreldrenes røyking etter fødselen, kan få betydning for en rekke plager og sykdommer for barnet.

## **1.4 Når ble de ulike helseskader og nikotinavhengighetsskapende virkninger fastslått vitenskapelig og publisert i sentrale skrifter?**

---

### **1.4.1 Innledning**

I vurderingen av om tobakksindustrien har opptrådt uforsvarlig eller uaktsomt, er det viktig å kartlegge når den fikk og/eller burde ha skaffet seg kunnskap om de ulike helseskader og den nikotinavhengighet som knytter seg til bruk av tobakksvarer. Generelt må det kunne sies at den som produserer og/eller selger en vare, i alle fall bør skaffe seg de kunnskaper om varens skadevirkninger som framgår av sentrale publiserte skrifter. Vi viser særlig til rapporter om tobakk og helse fra helsedirektørene i Norge, Storbritannia, USA, WHO samt artikler i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Den alminnelige helsekunnskap er også av betydning når man skal vurdere hvilken vekt som skal tillegges individets eget ansvar.

### **1.4.2 Aktiv røyking og helseskader**

De første større epidemiologiske arbeider som pekte på en sammenheng mellom tobakksrøyking og lungekreft, ble publisert i England og USA i 1950. Disse studiene ble referert i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1950 og 1953. I en artikkel i Tidsskriftet i 1956 konkluderer den norske medisinske professor Kreyberg med at 4 av 5 lungekreftsvulster står i kvantitativ relasjon til tobakksrøyking. I 1962 og 1964 kom det rapporter fra «The Royal College of Physicians, London» og fra helsedirektørene i USA og Norge om at sigarett-røyking kunne forårsake lungekreft. Nå er det ikke lenger tvil om at sigarett-røyking må aksepteres som den alt overveiende årsaken til den økte hyppigheten av lungekreft.

I slutten av 1950-årene og utover i 1960-årene ble det for legevitenskapen klart at sigarett-røyking var en viktig faktor for utvikling av kronisk bronkitt og emfysem (sprengte lunger). Dette omtales i den norske helsedirektørs rapport av 1964 og i en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1965.

Den første store undersøkelsen som viste overhyppighet av dødelighet ved koronarlidelser og sigarett-røyking ble publisert i 1954. Et sammendrag av en oppfølgingsstudie ble gitt i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1958. I den norske helsedirektørens rapport av 1964 framheves det at hjerteinfarkt og hjertekrampe forekommer betydelig hyppigere hos menn som røyker sigaretter enn hos ikke-røykere.

Flere organisasjoner drev i 1950- og 1960-årene opplysningsvirksomhet om røyking og helseskader. Det gjelder Landsforeningen mot kreft (siden 1957), Forlaget Liv og Helse (siden 1958) og Landslaget mot tobakksskadene (siden 1962).

Tidligere undersøkelser har underestimert langtidsrisikoene ved tobakksbruk. Det ser ut til at minst en tredjedel av alle sigarett-røykere kommer til å dø av sin røyking.

### **1.4.3 Passiv røyking og helseskader**

I en rapport fra Statens tobakksskaderåd av 1972 pekes det på ubehag, irritasjon og andre uheldige virkninger som knytter seg til miljøtobakksrøyk. Rådets medlem, fabrikkeier Johan H. Andresen reserverte seg mot dette.

I begynnelsen av 1980-årene kom det flere internasjonale undersøkelser om at eksponering av miljøtobakksrøyk kunne føre til helseskader hos ikke-røykere, særlig lungekreft.

I 1985 la Statens tobakksskaderåd fram rapporten «Lufta er for alle! Retten til å puste i røykefri luft» som dannet grunnlaget for «røykeloven» av 1988. I rapporten vises det til ubehag og skadevirkninger som knytter seg til passiv røyking.

#### **1.4.4 Nikotinavhengighet**

Det tok lang tid før vitenskapssamfunnet ble klar over at nikotin er et sterkt avhengighetsskapende stoff. Tidlig i 1960-årene var den gjengse oppfatningen at nikotin bare var et vanedannende stoff. I slutten av 1970-årene og utover i 1980-årene ble det imidlertid klart at tobakksbruk er knyttet til en nikotinavhengighet og ikke bare til en vane. I en rapport fra helsedirektøren i USA fra 1988 fastslås det at tobakk er avhengighetsskapende, at nikotinen er stoffet i tobakken som skaper avhengighet, og at de prosessene som bestemmer nikotinavhengigheten er lik de som bestemmer avhengighet til stoffer som heroin og kokain. Dette er bekreftet og ytterligere understreket nylig av The Royal College of Physicians i Storbritannia.

### **1.5 Utviklingen av tobakksforbruk og røykevaner i Norge i etterkrigstiden**

#### **1.5.1 Innledning**

Sykdommer som settes i sammenheng med røyking, oppstår som oftest etter lang tids forbruk. De fleste av de 7 500 nordmenn som nå årlig dør av røykerelaterte sykdommer, begynte å røyke i 1950-, 1960- og 1970-årene. Det blir derfor viktig å kartlegge røyking i denne perioden.

#### **1.5.2 Avgrensninger**

Det er i første rekke røykevaner og tobakksforbruk i perioden 1950–1975 som belyses og kommenteres i kapittel 5. Men i noen grad anlegges også et mer utvidet tidsperspektiv.

#### **1.5.3 Endringer i registrert salg av tobakksprodukter i perioden 1950–1975**

I perioden 1950 til 1975 steg det totale salget av røyketobakk fra 1512 gram til 2100 gram per nordmann over 15 år. Det var en økning på 39 %.

I 1950 ble kun 15 % av tobakksomsetningen røykt av kvinner, mens det i 1975 var økt til 35 % og i 1998 til 45 %. Det har dermed vært en kjønnskonvergens i tobakksforbruket.

#### **1.5.4 Endringer i andelen røykere**

Prosentandelen av hele den voksne befolkningen som angis å røyke daglig, ble redusert fra ca 45 % i 1954 til ca 40 % i 1975 og til ca 32 % i 1999.

Blant menn ble andelen som røyker daglig redusert fra 65 % i siste halvdel av 1950-årene til ca 50 % i 1975 og til ca 32 % i 1999. Kvinnenes andel økte fra ca 33 % i 1954 til ca 37 % i 1970, for deretter å bli redusert til ca 32 % i 1999.

Debutalderen for røykestart er blitt forskjøvet til stadig tidligere faser i livsløpet. Av kvinner som var født 1920–24 startet bare 35 % av røykerne før

fylte 20 år, mens praktisk talt alle kvinnelige røykere som er født 1960–64 startet før fylte 20 år.

I 1950–75 var den gjennomsnittlige alder for røykestart ca 17–18 år for menn, 23 år for kvinner i begynnelsen av denne perioden, og 17 år for kvinner i slutten av denne perioden.

Fra 1957 til 1975 økte andelen dagligrøykere blant 15-årige gutter fra 12 % til 23 %, og blant 15-årige jenter fra 3 % til 28 %. I 1995 var andelene henholdsvis 14 % og 16 %.

### **1.5.5 Endringer i kunnskap om helsevirkninger ved bruk av tobakk**

En undersøkelse fra 1947 viste at 48 % av kvinnene og 33 % av mennene hadde tenkt å slutte/røyke mindre, og helsefaren var den hyppigst oppgitte årsak. I en undersøkelse fra 1954 kom røyking på første plass blant kvinner og andre plass blant menn over «ting som er skadelig for helsen».

Andelen som mente at tobakksrøyking medfører kreftisiko, økte omtrent til det dobbelte både blant kvinner og menn i løpet av perioden 1956–89. I midten av 1950-årene mente ca 40 % av mennene og ca 45 % av kvinnene at man kunne få kreft av å røyke, mens andelene var henholdsvis 75 % og 80 % i 1975 og ca 90 % for begge kjønn i 1989.

I begynnelsen av 1970-årene mente ca 20 % av mennene og ca 23 % av kvinnene at all sigarettøyking medførte helseskader. I midten av 1990-årene var andelen økt til ca 40 % for menn og nesten 50 % for kvinner.

### **1.5.6 Modell for sekvenser i røykingens historie**

Verdens helseorganisasjon har lansert en deskriptiv modell av spredningsform og spredningshastighet i det den kaller «sigarettepidemien». Det skilles mellom fire hovedfaser i en utvikling over ca 100 år. Land med omfattende tobakksforbruk som USA og Storbritannia har gjennomgått alle disse fasene, mens en rekke utviklingsland fortsatt er i den første eller den andre fasen. Opplysningstiltak om tobakk og andre tiltak kan bidra til å hindre og/eller forsinke at disse landene får de omfattende skadevirkningene av tobakk som industrilandene har fått eller er i ferd med å få.

Norge befinner seg nå på overgangen fra tredje til fjerde fase. På grunn av de lange tidsforskjellene mellom folks røykestart og sykdommenes utbrudd, er mange røykerelaterte sykdommer fortsatt økende, især blant kvinner.

Den uheldige historiske utviklingen kan brytes ved å tilføre kunnskap om risikoer og iverksette tiltak som kan endre adferd. Tobakksindustrien anklages imidlertid for å ha holdt tilbake kunnskap både overfor forbrukerne og myndighetene. I stedet har industrien bidratt til å holde i gang en kunstig kontrovers med desinformasjon og opposisjon til foreslåtte statlige tiltak. I Norge intensiverte industrien sin reklameaktivitet dramatisk da rapportene om sammenhengene mellom røyking og helse ble utgitt av helsedirektørene i USA og Norge i 1964. Fra dette tidspunktet endret den også meningsinnholdet i reklamen – fra en ren produktinformasjon til forbrukere om pris og tobakkstype, til å formidle inntrykk om produktenes naturlighet, renhet og egnethet i et utall av sosiale situasjoner. Ved å kommunisere et budskap som opponerte mot rådene fra medisinsk hold, anklages industrien for å ha forsinket igangsettelsen av forebyggende tiltak; med en alternativ opptreden fra



industriens side kunne mye sykdom ha vært unngått og mange liv kunne ha blitt lengre.

### **1.5.7 Fortolkning av endringer i befolkningens tobakksadferd 1950–75**

Det er nærliggende å tolke stagnasjonen i andelen røykere fra 1955 til 1965, og den påfølgende reduksjonen, i lys av den økte interesse for sigarettenes helsemessige konsekvenser. I begynnelsen av 1950-årene var fortsatt den forskningsbaserte kunnskapen om tobakk ganske svak, men sykdomsfrykt som springer ut av vage mistanker, kan være mer effektivt forebyggende enn den frykt man får ved mer sikker viten. Selv om befolkningen på dette tidspunktet rangerte røyking høyt blant «ting som er skadelig for helsen», var det likevel bare fire av ti som visste at man kunne få kreft av å røyke.

Studier av artikler om tobakk i Tidsskrift for Den norske lægeforening i perioden 1950–1965 viser at den norske legestanden i lang tid forholdt seg kritisk vurderende og forbeholden til internasjonale forskningsresultater om skadevirkningene av tobakk. Viktig for omslaget var Kreybergs artikler om lungekreft fra 1956 og 1957 og helsedirektørens rapport fra 1964.

Bladet «Readers Digest» begynte allerede i 1941 å trykke sine mange populærevitenskapelige artikler om røyking og helse. Fra 1947 kom bladet i norsk oversettelse som «Det beste». Bladet inntok et kritisk standpunkt til tobakk, og har i alle år sett det som en prioritert oppgave å drive forskningsformidling om tobakk.

Mange organisasjoner spredte også opplysninger om røykingens helseskader: Landsforeningen mot kreft, Landslaget mot Tobakksskadene, Nasjonalforeningen for Folkehelsen og Den norske lægeforeningen. Dertil sendte Kirke- og undervisningsdepartementet ut et rundskriv til skolene i 1964.

Informasjonen førte til at andelen av befolkningen som hadde hørt at røyking kunne være kreftframkallende, økte fra 39 % i 1958 til 74 % i 1964. Innslaget som trodde at røyking kunne føre til kreft, økte fra ca 45 % i 1956 til ca 60 % i 1966 og til ca 85 % i 1989.

Opplysningsarbeidet ble delvis uthullet av tobakksindustriens intensiverte og stadig mer sofistikerte reklameaktivitet, se vedlegg 6. Det gjaldt særlig overfor kvinnene og gjennom ukebladene. Salget av tobakksreklame i ukeblad fra norske reklamebyråer økte med 600 % fra 1960 til 1970. Økningen i andelen kvinner som røykte i slutten av 1960-årene må fortolkes i lys av den intensiverte kvinnerettede markedsføring av sigaretter. Opphøret av tobakksreklame i 1975 har hatt betydning for at vi deretter fikk en nedgang i røykingen.

## ***II Tobakksproduksjon, lovgivning og erstatningsoppgjør i USA***

### **1.6 Tobakkindustrien, dens forskning og produktutvikling**

---

#### **1.6.1 Tobakksdyrking, tobakksproduksjon og tobakksforbruk i USA**

Tobakksdyrking finner sted i 21 delstater i USA, og er USAs sjette største jordbruksnæring og den største av de ikke-matproduserende landbruksnæringer. I dag røyker omkring 20 % av befolkningen i USA.

### 1.6.2 Tobakksselskaper i USA

Det er seks selskaper som dominerer tobakksmarkedet i USA. Disse er, rangert etter størrelse: Philip Morris, R. J. Reynolds, Brown & Williamson, Lorillard, Liggett og United States Tobacco. De store tobakkselskapene i USA er enorme multinasjonale selskaper, og er således hovedaktører også innen den internasjonale tobakksindustri.

### 1.6.3 Sentrale fellesorganer for den amerikanske tobakksindustrien

The Tobacco Industry Research Committee (TIRC), senere The Council for Tobacco Research (CTR), har fungert som en felles bransjeinstans til støtte for tobakksindustrien i helsedebatten omkring tobakksbruk.

The Tobacco Institute (TI) har fungert som et sentralt PR- og lobbyorgan for tobakksbransjen i USA.

### 1.6.4 Medisinske undersøkelser i 1950-årene – «The Big Scare»

Da legevitenskapen i 1950-årene for alvor begynte å undersøke om tobakksbruk var helseskadelig, skapte det bekymring innen tobakksindustrien. Denne perioden er av tobakkselskapene senere blitt kjent som «The Big Scare».

### 1.6.5 Tobakksindustriens fire tiltak

For å møte den helsedebatt som oppsto i 1950-årene, gikk tobakkselskapene for det første ut med en kunngjøring i 1954 i alle landets store aviser; «A Frank Statement to Cigarette Smokers». I denne kunngjøringen gjorde tobakkselskapene gjeldende at de ikke trodde at tobakksbruk var helseskadelig, men at de ville gjøre hva de kunne for å finne ut av dette og gjøre all informasjon tilgjengelig for forbrukerne, idet forbrukernes helse var overordnet ethvert annet hensyn.

For det andre ble The Tobacco Industry Research Committee (TIRC) opprettet i 1954 som et fellesorgan som kunne gi tobakkselskapene argumenter i helsedebatten.

For det tredje ble det i 1958 – i forlengelsen av TIRCs funksjon – etablert et eget felles lobby- og PR-organ; The Tobacco Institute.

For det fjerde, som et svar på den helsebekymring som oppsto i 1950-årene, utviklet tobakkselskapene filtersigaretter og såkalte «light» eller «low tar»-sigaretter.

### 1.6.6 Tobakksindustriens forskning på sine produkter

Fra begynnelsen av 1950-årene innledet tobakkselskapene selv omfattende forskning på sine produkter. Denne forskningen hadde i hovedsak to formål, dels å bringe til veie forskningsresultater som kunne tilbakevise at tobakksbruk var helseskadelig, og dels gi grunnlag og idéer for produktutvikling.

Gjennom tobakksindustriens egne dokumenter, som er blitt frigjort gjennom rettsprosesser i USA utover 1990-årene, er det avdekket at tobakksindustriens forskning etter Den andre verdenskrig til enhver tid har vært på høyde med legevitenskapen, og i flere vesentlige spørsmål endog mange år foran legevitenskapen.

### **1.6.7    Forskning på virkninger av nikotin**

Tobakksselskapene foresto i 1960-årene omfattende og storstilte nikotinstudier. Allerede i begynnelsen av dette tiåret fikk tobakksselskapene kunnskap om at nikotin virker meget avhengighetsskapende på brukeren, og at tobakksbruk således ikke bare er psykologisk og sosialt betinget.

### **1.6.8    Forskning på nikotinets kinetikk – særlig om kroppens opptak av nikotin**

Gjennom en ytterst avansert forskning utviklet tobakksselskapene i USA fra midten av 1960-årene metoder for å kontrollere og forsterke nikotinvirkningen av sine produkter og dermed den avhengighetsskapende effekt på brukeren. Tobakksproduktene, særlig sigarettene, har med dette endret seg fra å være i det vesentlige natur- eller landbruksprodukter til å bli av utpreget høyteknologisk karakter.

Som nevnt i punkt 1.2.3 ovenfor, benyttes det ulike metoder for å justere nikotinvirkningen av tobakksproduktene. Tobakksindustrien tar for eksempel i bruk kjemikalier som påvirker tobakkens pH-verdi (syre-/base-forholdet). Gjennom sin forskning fant tobakksselskapene i 1960-årene ut at nikotinopptaket i lungene og dermed virkningen i hjernen, vil effektiviseres og forsterkes hvis nikotinet inntas i en bestemt basisk form.

### **1.6.9    Ytterligere rendyrking av nikotinet i tobakk**

Tobakksindustrien har etter hvert utviklet en rekke virkemidler for å optimalisere nikotinvirkningen. Sentrale metoder, ved siden av pH-teknologien, er bruk av særskilte tobakksblandinger, variasjoner i sigarettstørrelse, filtrering, ventilering, påvirkning av forbrenningsprosessen samt bruk av genmanipulerte nikotinplanter.

### **1.6.10    Kompensering ved røyking av «light»- sigaretter**

I midten av 1970-årene fant tobakksselskapenes forskere ut at selv om nikotindosen reduseres, har sigaretttrøykere en tendens til å intensivere sin røyking, bevisst eller ubevisst, slik at en «tilfredsstillende» nikotintilførsel til hjernen oppnås. Dette er av legevitsenskapen senere blitt betegnet som røykekompensering. Intensivering av røykingen finner sted blant annet ved dypere og/eller lengre inhalasjoner, flere inhalasjoner, eller rett og slett en økning av antall sigaretter per dag. Ettersom det med nikotinet i sigaretttrøyken også følger med farlige tjærestoffer, innebærer blant annet kompenseringssfenomenet at en eventuell helsegevinst ved røyking av «light»-sigaretter synes å være marginal.

### **1.6.11    Forsøkene på å skape en helsemessig bedre sigarett**

Både filtersigaretten og utviklingen av såkalte «light» eller «low tar»-sigaretter var fra industriens side opprinnelig forsøk på å redusere helsefarene ved tobakksbruk. Det viste seg imidlertid at disse sigarettene ikke representerte noen helsemessig forbedring av vesentlig betydning. Forsøkene på å skape en mindre helsefarlig sigarett ble etter hvert i det store og hele oppgitt. Dels skyldtes nok dette at det var meget komplisert. Men fremfor alt skyldtes det at industrien fryktet at lanseringen av en helsemessig bedre sigarett, kunne bli

oppfattet som en innrømmelse av at dens produkter i utgangspunktet var helseskadelige, noe industrien gjennom alle år har benektet.

## **1.7 Tobakksindustriens to ansikter**

---

### **1.7.1 Innledning**

Som en reaksjon mot den økende erkjennelse innen legevitenenskapen av at tobakksbruk var helseskadelig, satte tobakksindustrien i USA i 1960- og 1970-årene i gang storstilte mottiltak. Disse mottiltakene var i første rekke ment å skjerme industrien mot lovregulering og erstatningsansvar.

### **1.7.2 «Advokatlokk» over alle viktige dokumenter**

All forskning i tobakksselskapenes regi ble underlagt strikt advokatkontroll. Det ble etablert meget strenge rutiner for hvordan informasjon skulle håndteres for å forhindre at noe som helst om selskapenes kunnskaper om helsefarene ved egne produkter skulle komme ut. Nær sagt all kommunikasjon og dokumentutarbeidelse, særlig innen forskning og produktutvikling, ble rutinemessig oversendt selskapenes advokater for gjennomsyn, siling og godkjenning. Denne advokatstyringen av selskapenes informasjonsflyt hadde som formål blant annet å aktualisere reglene om klientkonfidensialitet og dermed gjøre informasjonen utilgjengelig for utenforstående.

### **1.7.3 Tilbakeholdelse av informasjon og benektelser**

Helt til i våre dager har de amerikanske tobakksselskapene stått hårdnakket på at det ikke er tilstrekkelig bevist at tobakksbruk er helseskadelig, verken for aktive eller passive røykere. Tobakksselskapene har videre tilbakevist at nikotin er avhengighetsskapende, eller at de på noen måte påvirker nikotinnholdet eller nikotinvirkninger i sine produkter.

### **1.7.4 Aktiv imøtegåelse og motarbeidelse av legevitenenskapen**

Tobakksselskapene har med styrke framholdt at det innen legevitenenskapen er delte meninger om hvorvidt tobakksbruk er helseskadelig. I denne forbindelse har industrien gått tungt inn med finansiell støtte til medisinsk forskning som kan brukes til industriens forsvar. Gjennom alle år har tobakksselskapene nektet å akseptere statistikk og epidemiologi som dokumentasjon på at tobakksbruk medfører helseskader. Talsmenn for tobakksindustrien har stadig understreket at ytterligere forskning er påkrevd før man kan trekke noen konklusjon om at tobakksbruk er helseskadelig.

### **1.7.5 Koordinering innen industrien av informasjon og opptreden utad**

Utad har tobakksselskapene holdt en meget konsekvent og samordnet linje mot legevitenenskapen og helsemyndighetene. Gjennom hemmeligholdelse av vesentlig produktinformasjon, aktiv imøtegåelse av det medisinske samfunn og argumentasjon for umulige krav til bevis, har det langt på vei lyktes industrien å holde helsedebatten i gang og skape det inntrykk at spørsmålet om hvorvidt tobakksbruk er helseskadelig har vært noe kontroversielt.

### **1.7.6 Lobbyvirksomhet og finansiell støtte til politikere**

Overfor myndighetene har tobakksindustrien gjennom alle år drevet en omfattende og gjennomslagskraftig lobbyvirksomhet, og tobakksindustrien er blant de viktigste økonomiske bidragsytere til enkeltpolitikere og partienes valgkampanjer. Det er vanskelig å si sikkert hvilke konkrete resultater tobakksselskapene har fått ut av denne lobbyvirksomheten, men det må kunne pekes på at antallet reguleringsmessige forsøk som til slutt er blitt nedstemt i den amerikanske Kongressen, synes påfallende stort. Videre er tobakksprodukter holdt utenfor nærmest ethvert viktig lovgivningstiltak til beskyttelse av forbrukeres helse og trygghet, for eksempel de ulike lovene om krav til produktstandarder og produktkontroll.

### **1.7.7 Den amerikanske tobakksindustris markedsføring av sine produkter**

Markedsføring har alltid vært en essensiell del av tobakksselskapenes virksomhet. I dag bruker selskapene til sammen omkring 5–6 milliarder dollar årlig til reklame, sponsoravtaler og andre former for produktfremmende tiltak. Fremfor alt har tobakksindustrien vært opptatt av å nøytralisere forbrukernes helsebekymringer. Det viktigste eksempel på dette er salget av såkalte «light»-sigaretter. Tobakksselskapene ser ut til å ha kjent til lenge at «light»-sigarettene ikke er mindre helseskadelige enn andre sigaretter. Likevel markedsføres disse sigarettene aktivt med det for øye å berolige et helseorientert marked som tror at «light» sigarettene er bedre.

### **1.7.8 Markedsføring rettet mot ungdom**

Tobakksselskapenes dokumenter viser at man innen selskapene har vært og fremdeles er meget opptatt av ungdomsmarkedet, og at meget av markedsføringen er søkt innrettet med sikte på å appellere spesielt til ungdom.

## **1.8 Lovregulering av tobakksindustrien og bruken av tobakk**

---

### **1.8.1 Innledning**

Lovreguleringen av tobakksindustrien og tobakksmarkedet i USA har stort sett kommet som en oppfølging av den medisinske forsknings avdekking opp gjennom årene av helsefarene ved tobakksbruk. Lovgivningen har like til i våre dager i all hovedsak konsentrert seg om sigaretter.

### **1.8.2 Lovgivning om sigaretter**

Den første regulering av tobakksmarkedet i USA kom i 1965; The Federal Cigarette Labeling and Advertising Act, i kraft fra 1. januar 1966. Loven innførte helseadvarsler på alle sigarettpakninger, og utelukket avvikende lovregulering av advarselsmerking mellom de ulike delstatene.

Loven ble avløst i 1969 av The Public Health Cigarette Smoking Act, som for det første ga advarselsmerkingen et noe sterkere uttrykk, og for det andre etablerte et forbud mot å reklamere for sigaretter i radio og TV eller i annet elektronisk kommunikasjonsmedium.

I 1984 ble det så innført et nytt system med kvartalsvis roterende helseadvarsler i ulike utforminger, The Comprehensive Smoking Education Act.

Videre påla 1984-loven tobakksselskapene å gi den amerikanske helseminister årlige rapporter om hvilke ingredienser vedkommende selskap tar i bruk i produksjonen av sigaretter.

### **1.8.3 Lovgivning av ikke-røykbar tobakk**

Lovregulering av ikke-røykbar tobakk som snus og skrå, herunder advarselsmerking av slike produkter, kom først i 1986 ved The Comprehensive Smokeless Tobacco Health Education Act. Pipetobakk og sigarer synes i det store og hele å være uregulert den dag i dag.

### **1.8.4 Lovgivning og tiltak mot passiv røyking**

I begynnelsen av 1970-årene kom på delstatsplan de første offentlige tiltak til beskyttelse av ikke-røykere, blant annet ved innføring av røykeforbud på offentlige steder bortsett fra i særskilt anviste røykelokaler. I dag er det i alle delstatene en utbredt lovregulering til beskyttelse mot passiv røyking.

### **1.8.5 Reguleringsfremstøt fra FDA**

I 1995 erklærte FDA (The Food and Drug Administration) at tobakksprodukter var å anse som avhengighetsskapende stoffer («drugs»), og at produktene derfor falt innenfor FDAs myndighetsområde. I 1996 fulgte FDA opp med en meget omfattende regulering av tobakksmarkedet, spesielt med henblikk på å begrense barns og ungdoms tilgang til tobakksprodukter samt tobakksindustriens markedsføring. De store tobakksselskapene gikk sammen om å bringe kompetansespørsmålet inn for domstolene.

I mars 2000 fikk tobakksselskapene medhold i Den amerikanske høyesterett, under dissens 5–4. Flertallet av dommerne kom til at FDA ikke hadde myndighet til å regulere tobakksprodukter, og dermed ble FDAs reguleringsfremstøt underkjent. I kjølvannet av dommen diskuteres det om Kongressen bør gi FDA en klarere lovhjemmel og/eller om Kongressen direkte skal innskjerpe tobakkslovgivningen.

## **1.9 Rettssakene i USA**

---

### **1.9.1 Innledning**

Erstatningssøksmål mot tobakksindustrien har forekommet i USA siden 1950-årene, men det er først fra midten av 1990-årene at slike søksmål har begynt å vinne frem. Det forsvar som tobakksindustrien helt til i våre dager har ført med hell, er – for det første – at det er et mangelfullt vitenskapelig grunnlag for å slå fast at tobakksbruk er helseskadelig, og for det andre at den enkelte røyker uansett må bære ansvaret selv. Etter avsløringen av en rekke interne dokumenter i 1990-årene, som viser at tobakksselskapene i alle år har visst bedre og har holdt tilbake for myndigheter og forbrukere helt vesentlig informasjon om sine produkters innhold og helseskadelige virkninger, har industriens tradisjonelle forsvar slått sprekker.

### **1.9.2 Private erstatningssøksmål mot tobakksindustrien**

Avsløringen av tobakksselskapenes interne forskningsdokumenter har ført til et skred av erstatningssøksmål, fra enkeltrøykere og mennesker som er skadet ved passiv røyking – enten individuelle enkeltsøksmål eller slått sammen i

store gruppesøksmål («class actions») – og søksmål fra forsikringsselskaper og offentlige myndigheter som påføres store utgifter i forbindelse med behandling av tobakksrelaterte skader og sykdommer.

Felles for erstatningssøksmålene er at de bygger på tobakksselskapenes villedelse og bedrag av markedet («misrepresentation» og «consumer fraud»), og at industriens opptreden er ansvarsbetingende både på subjektivt grunnlag («negligence») og objektivt grunnlag («strict liability» og «defective products»). Erstatningskravene bygger således på at såvel myndighetene som forbrukerne har vært i villfarelse om hvor farlige tobakksproduktene egentlig er. Fremfor alt har det ikke vært kjent at nikotinet i tobakksproduktene er fysisk avhengighetsskapende på linje med det som klassifiseres som narkotiske stoffer, og at tobakksindustrien siden 1960-årene har rendyrket og forsterket denne avhengighetsskapende effekten gjennom en ytterst avansert teknologi.

### 1.9.3 Sentrale private tobakkserstatningssaker

Cipollone-saken i 1980-årene pågikk i ni år før den til slutt ble oppgitt av de etterlatte etter en avdød røyker. Saken skulle imidlertid få stor betydning for senere saker, idet det gjennom rettsprosessen ble avslørt flere dokumenter fra tobakksselskapenes interne forskningsarkiver.

Grady Carters seier mot Brown & Williamson i 1996 markerer en milepæl (Carter-saken). Tobakksselskapenes erstatningsansvar ble så ytterligere skjerpet i Maddox-saken i 1998, idet skadelidte også ble tilkjent såkalte «punitive damages». «Punitive damages» innebærer en særskilt tilleggserstatning som en ekstra sanksjon overfor grove skyldforhold på skadevolders side. Nok en milepæl ble markert ved Whiteley-saken i 2000, idet Whiteley vant frem mot Philip Morris og RJR til tross for at hun hadde begynt å røyke etter at det ble innført helseadvarsler på sigarettpakningene.

Av de private søksmålene, er Engel-saken spesielt viktig. Saken er anlagt som et gruppesøksmål («class action») på vegne av alle tobakksskadde personer, og etterlatte etter disse, i staten Florida. Det er antatt at søksmålet kan omfatte omkring en halv million mennesker. Juryen i saken har kommet til at tobakksindustrien som utgangspunkt er erstatningsansvarlig, og at de tobakksskadde har krav på såkalte «punitive damages» i tillegg til vanlig erstatning.

Det må bemerkes at alle disse avgjørelsene er påanket, og at resultatene således ennå (våren 2000) ikke er rettskraftige.

### 1.9.4 Søksmål fra offentlige myndigheter

Av de offentlige søksmålene, er særlig søksmålene fra Mississippi, Florida, Texas og Minnesota viktige. Alle fire søksmålene ble forliket med tobakksindustrien før rettsforhandlingene var avsluttet, og forlikene dannet utgangspunktet for det store nasjonalforliket som senere ble inngått mellom de store tobakksselskapene og alle de resterende 46 delstatene i USA.

Minnesota-saken er av spesiell interesse, for det første fordi den gikk gjennom full rettsbehandling bortsett fra domsavsigelse før forlik ble inngått, for det andre fordi den ga grunnlaget for en særdeles omfattende avdekking av tobakksindustriens interne forskningsarkiver, og for det tredje fordi den ga

Minnesota det beste resultat som noensinne er oppnådd av en delstat overfor tobakksindustrien.

Høsten 1999 gikk også USAs føderale regjering til søksmål mot de store tobakksselskapene. I søksmålet krever Regjeringen erstatning blant annet for helseutgifter påført gjennom de siste 40 år, samt tilkjennelse av enorme ekstrabeløp som en sanksjon mot det Regjeringen anfører er brudd på lovgivningen om organisert kriminalitet.

## **1.10 Nasjonalforlik og lovgivningsdebatt**

---

### **1.10.1 Innledning**

Mot slutten av 1996 innledet de store amerikanske tobakksselskapene samtaler med delstatenes myndigheter for å få en ende på de mange erstatningssøksmålene gjennom et slags nasjonalt samlet økonomisk oppgjør.

### **1.10.2 Veien fram til det første forslaget til nasjonalforlik**

De første forsøk på å komme frem til en avtale mellom tobakksselskapene og delstatene tok til i siste halvdel av 1996, men uten resultat. Ved siden av hovedspørsmålene om pengeerstatning og søksmålsbeskyttelse, var noe av det mest problematiske ved forhandlingene delstatenes krav om å få utlevert fra tobakksselskapene interne dokumenter om forskning og produktutvikling. I juni 1997 ble en avtale oppnådd mellom de fem største selskapene og 40 av delstatene.

### **1.10.3 Innholdet av det første forslaget til nasjonalforlik**

Ved avtalen gikk tobakksselskapene med på å betale delstatene årlige erstatningsbeløp som ville innebære mer enn 368 milliarder dollar over de neste 25 år, samt å la seg underlegge omfattende reguleringer, blant annet i forbindelse med markedsføring. Tobakksindustrien på sin side krevde vern mot alle erstatningssøksmål fra offentlige myndigheter og vern mot private gruppesøksmål («class action») og mot å bli ilagt «punitive damages». Et slikt vern kunne bare oppnås ved lovvedtak av Kongressen, og inntil en slik lov ble vedtatt kunne avtalen mellom delstatene og tobakksindustrien ikke være noe mer enn et forslag til nasjonalforlik.

### **1.10.4 Motstanden mot det første forslaget til nasjonalforlik**

Juniforslaget støtte på stor motstand, fra helseorganisasjoner, presse og flere politikere. Det ble blant annet anført at tobakksindustrien ikke burde kunne kjøpe seg søksmålsimmunitet, at den økonomiske kompensasjon fra tobakks-selskapenes side uansett var utilfredsstillende, at Grunnloven var til hinder for at Kongressen kunne begrense den individuelle søksmålsrett så sterkt som juniforslaget tok sikte på, og at forslaget var helsepolitisk uheldig.

### **1.10.5 Kongressdebatten om McCain- forslaget**

Den etterfølgende Kongressbehandling av junioverenskomsten baserte seg på et lovforslag fremmet av republikaneren John McCain. McCain-forslaget avvek imidlertid fra junioverenskomsten på vesentlige punkter. Blant annet var bestemmelsene om søksmålsimmunitet tatt ut, og beløpet som tobakkssel-



skapene skulle utrede var øket betydelig. På grunn av disse endringene endte tobakksselskapene til slutt med å arbeide intenst mot McCain-forslaget.

#### **1.10.6 Det første forslaget til nasjonalforlik faller**

Våren 1998 ble McCain-forslaget nedstemt av et knapt flertall i Kongressen. Avstemningen fulgte i det store og hele partigrensene.

#### **1.10.7 Arbeidet mot et nytt nasjonalforlik tar til**

Umiddelbart etter juniforslagets fall, ble nye forhandlinger innledet mellom tobakksselskapene og representanter for en del av statene. På dette tidspunkt hadde 37 av USAs stater anlagt erstatningssøksmål mot tobakksindustrien. Da partene omsider kom til et forlikforslag, satte tobakksselskapene som vilkår for at avtalen skulle tre i kraft, at et visst minimum av stater utover de som hadde forhandlet, ville slutte seg til forliket i løpet av én uke. Forlikstilbudet tilgodeså i prinsippet alle de 46 delstatene som ikke hadde noe forlik fra før. Det gjaldt også de statene som ennå ikke hadde anlagt noe søksmål og endog de få statene som allerede hadde fått sine søksmål avvist av domstolene.

#### **1.10.8 Forslag til nytt nasjonalforlik sendes hver av statene til vurdering**

De fleste statene sluttet seg til forlikstilbudet i løpet av få dager. Den 20. november, like før fristutløp kl 12, aksepterte så de resterende statene forliket. Et nytt nasjonalforlik var nå inngått, og denne gang uten noe forbehold om at det måtte gjennomføres ved lovvedtak av Kongressen.

#### **1.10.9 Innholdet av det endelige nasjonalforliket**

Det nye forliket var, i motsetning til juniforslaget fra året før, kun ment å sette en sluttstrek for de delstatlige søksmål mot industrien. Det nye forliket ga ikke tobakksselskapene beskyttelse mot private søksmål. Til gjengjeld dreide forliket seg om et meget lavere beløp enn juniforslaget. Tobakksselskapene har forpliktet seg til å betale de 46 delstatene årlige beløp, hvilket over de neste 25 år tilsvarer omkring 206 milliarder dollar. Videre har tobakksselskapene gått med på å akseptere en del reguleringer, blant annet om sin markedsføring. Tobakksselskapene har også forpliktet seg til å offentliggjøre sine forskningsdokumenter.

Med dette nasjonalforliket har alle de 50 delstatene i USA inngått avtale med industrien, og ytterligere søksmål fra delstatene er ikke aktuelt. Forliket berører derimot ikke andre myndigheter, for eksempel den føderale regjering, og heller ingen privatpersoner.

***III Er det grunnlag for å gå til erstatningssøksmål mot norsk tobakksindustri?***

### **1.11 Innledning om norsk erstatningsrett**

---

#### **1.11.1 USA og Norge**

Både i USA og Norge er erstatningsretten i stor grad åpen for å legge vekt på hensyn som knytter seg til samfunnsutviklingen og ny vitenskapelig erkjennelse.

Framstillingen i kapittel 11 til 19 baserer seg på norsk rett. Noen av de argumentene som er brukt i tobakksaker i USA kan imidlertid også være av

betydning ved den rettslige vurderingen av erstatningsansvar for norsk tobakksindustri.

### **1.11.2 Fire typer av tiltak i tilknytning til tobakksbruk**

I Norge har vi hatt fire «bølger» av rettslige tiltak mot tobakksskader:

- (1) Tobakksloven som trådte i kraft i 1975 og som inneholdt et totalforbud mot tobakksreklame og påbud om helseadvarsel.
- (2) «Røykeloven» av 1988 som verner mot passiv røyking.
- (3) Forskrift av 1989 om forbud mot nye tobakks- og nikotinprodukter.
- (4) Erstatningsoppgjørene som nå er i ferd med å komme til Norge.

### **1.11.3 Kompensasjon for røykerelaterte sykdommer i dag**

Det gis i Norge betydelig økonomisk kompensasjon til dem som rammes av tobakksrelaterte sykdommer og dødsfall. Det er helsehjelp fra kommunehelsetjenesten, behandling i sykehus og ytelser fra folketrygden, utbetaling fra forsikringsordninger og lignende. De generelle velferds- og forsikringsordningene i vårt samfunn bærer en vesentlig del av de utgiftene som knytter seg til tobakksrelaterte sykdommer og dødsfall.

### **1.11.4 Oversikt over hovedtyper av søksmål**

De viktigste typer av søksmål som kan tenkes i Norge er: Individuelle søksmål fra aktive røykere, individuelle søksmål fra passive røykere, erstatningskrav fra etterlatte og erstatningskrav fra sykehuseierne.

Av vedlegg 3, 4 og 5 framgår det at utgiftene til sykehusbehandling av røykerelaterte sykdommer i 1998 er beregnet til 2 344 millioner kroner.

### **1.11.5 Hvem kan erstatningskrav rettes mot?**

I Norge har vi nå fire tobakksbedrifter: J.L. Tiedemanns Tobakfabrik A/S, Conrad Langaard AS, Gunnar Stenberg AS og A. Asbjørnsens Tobakksfabrikk AS. De to tobakksfabrikkene er medlemmer av Tobakksfabrikkenes Landsforening og alle de fire bedriftene er medlemmer av Tobakksindustriens Felleskontor.

Tiedemanns Tobakfabrik A/S er nå det dominerende tobakksfirmaet i Norge med en markedsandel på ca. 80 prosent. Tiedemanns har gjennomgått viktige organisasjonsmessige endringer og er nå et heleid datterselskap av det danske firmaet Skandinavisk Tobakkskompani A/S.

En betydelig del av de tobakksvarene som har vært solgt i Norge, er importert fra USA, Storbritannia og andre land. Vi har innhentet en betenkning om mulighetene for søksmål mot utenlandsk tobakksindustri som er inntatt i vedlegg 12. Vi går ikke nærmere inn på disse spørsmålene i denne utredningen.

### **1.11.6 Oversikt over erstatningsvilkår og erstatningsgrunnlag**

De viktigste erstatningsgrunnlagene som kan være aktuelle, er culpaansvaret, ulovfestet objektivt ansvar, kjøpslovens regler om objektivt ansvar ved mislighold av genusforpliktelser og produktansvar. For at erstatning skal kunne kreves må det i tillegg til ansvarsgrunnlag foreligge økonomisk tap/reduert livsutfoldelse og adekvat årsakssammenheng.

### 1.11.7 Forutsetninger for å kunne gjennomføre erstatningssaker

For å kunne gjennomføre en erstatningssak med vellykket resultat, trenger skadelidte nesten alltid en advokat. Det er viktig at reglene om fri rettshjelp praktiseres slik at i det minste noen skadelidte skal kunne gjennomføre de første «prøvesakene» uten store personlige økonomiske belastninger.

Innsyn i tobakksindustriens dokumenter kan være avgjørende for å skaffe seg innsikt i hva norsk tobakksindustri har vist om helseskader, nikotinavhengighet m.m. I forbindelse med denne utredningen har vi bare hatt tilgang til dokumenter som gjelder norsk tobakksindustri i den grad de tilfeldigvis er blitt frigitt som et resultat av søksmål mot amerikansk tobakksindustri. Slike dokumenter burde framlegges direkte for norske helsemyndigheter og domstoler av norsk tobakksindustri.

## 1.12 Culpanormen og tobakksskader

---

### 1.12.1 Innledning

I kapittel 12 drøfter vi om tobakksindustrien kan bli ansvarlig etter culpanormen. Vi gjør dels rede for de momentene som rettspraksis og rettsteorien legger vekt på ved culpavurderingen, og dels analyserer vi hvilken betydning disse momentene får når det skal vurderes om norsk tobakksindustri har opptrådt tilstrekkelig aktsomt og forsvarlig.

### 1.12.2 Bonus pater familias

Etter denne standarden sammenligner man skadevolderens handlemåte med hvordan en alminnelig forstandig mann eller kvinne ville ha opptrådt i en tilsvarende situasjon. Kristen Andersen (professor i erstatningsrett) mente at man burde legge utslagsgivende vekt på hva det i handlingssituasjonen «faglig, sosialt og menneskelig» er rimelig å kreve med hensyn til aktsomhet og forsvarlighet.

Når man skal avgjøre en konkret erstatningsrettslig tvist, må man foreta en helhetsvurdering hvor en rekke momenter tillegges vekt. Oppgaven i det følgende er å finne fram til og belyse de momentene som våre domstoler pleier å tillegge vekt ved culpavurderingen.

### 1.12.3 Etikdens krav

Etisk angripelige handlinger er som oftest culpøse, mens etisk uangripelige handlinger som oftest går klar av culpanormen. Det er mange ulike moraloppfatninger, og man må bygge på de oppfatninger som er alminnelig utbredte.

Som slike moraloppfatninger kan nevnes at man ikke skal lyve og at man ikke skal skjule vesentlige opplysninger for sine nærstående og medkontra-henter. Her vil tobakksindustriens bagatelliseringer og benektninger av helseskader og nikotinavhengighet som knytter seg til bruk av tobakk, være viktig. Det er ikke fullt ut klarlagt hvilke kunnskaper norsk tobakksindustri har hatt om sine produkter, og til hvilken tid den fikk kunnskaper, men den burde i alle fall skaffet seg kunnskaper om helseskader og nikotinavhengighet. Det har vært betydelig kommunikasjon mellom tobakksindustrien i USA og Norge ut over det rent forretningsmessige, blant annet om argumentasjon mot norsk tobakkspolitikk som har vært begrunnet ut fra helsemessige hensyn.

#### 1.12.4 Sedvanlig opptreden

Det legges ofte vekt på hva som er vanlig framgangsmåte på det feltet hvor det er forvoldt skade, men det er ikke alltid at man slipper ansvar ved å følge slik framgangsmåte.

Norsk tobakksindustri kan ikke unnskylde seg med at dets produkter svarer til det som er solgt i andre land. Det må kreves at den som produserer, importerer og/eller selger alminnelige forbruksprodukter, skal gjennomtenke hvilke sikkerhetsforanstaltninger som er nødvendige for at skade ikke skal inntre.

#### 1.12.5 Skrevne normer for forsvarlig opptreden

Ved den erstatningsrettslige culpavurderingen legges det stor vekt på om skadevolderen har overtrådt lovbestemmelser og forskrifter som viser hva som anses som forsvarlig opptreden. Men selv om man holder seg på den rette siden av de grenser som oppstilles i slike regler, fører det ikke uten videre til frifinnelse i en erstatningssak.

Etter produktkontrollen § 3 har industrien en generell plikt til å forebygge og begrense helseskader. Dertil har den plikt til å skaffe seg kunnskap; den kan ikke uten videre unnskylde seg med at den ikke visste om helserisikoer og nikotinavhengighet.

Tobakkslovens reklameforbud, påbud om helseadvarsel og forbud om salg av tobakksvarer til barn og ungdom under 18 år er neppe særlig viktig ved den erstatningsrettslige culpavurderingen.

I USA har markedsføringslovgivningen og konkurranserettslige regler vært viktige ved vurderingen av om tobakksindustrien har opptrådt forsvarlig. Slike regler kan også få betydning for norsk tobakksindustri.

#### 1.12.6 Sakkyndige uttalelser

Sakkyndige uttalelser om skadevolderens handlemåte kan betraktes som forsvarlig, tillegges ofte vekt i praksis.

Sakkyndige uttalelser om helserisikoer ved bruk av tobakksvarer og om hva tobakksindustrien kunne ha gjort for å eliminere eller redusere slike risikoer, vil bli sentrale i eventuelle rettssaker mot industrien.

#### 1.12.7 Alternativ handlemåte

Det er viktig å vurdere om skadevolderen har gjort hva han eller hun kunne for å hindre at skade skulle inntre. Kunne eller burde vedkommende ha handlet annerledes?

I tobakkssaker blir det sentralt om tobakksindustrien kunne ha opptrådt på en annen måte enn den gjorde, særlig etter at de medisinske rapportene om helseskadene kom i begynnelsen av 1950-årene. Tobakksindustrien kan bebreides for at den ikke har informert forbrukerne om de store helseskadene og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til bruk av tobakk.

#### 1.12.8 Handlingens skadeevne

En handlingens skadeevne er produktet av faregraden og den potensielle skades størrelse. Desto større skadeevnen er, desto større forsiktighet må det utvises. Det gjelder særlig når ikke bare økonomiske interesser, men liv og helse står på spill.

Det er meget store helserisikoer som knytter seg til bruk av tobakk, og derfor må kravene til tobakksindustrien være strenge. Norsk tobakksindustri kan neppe unnskyldes seg med at den ikke har hatt de samme kunnskapene om helserisikoer og nikotinavhengighet som industrien i USA.

#### **1.12.9 Handlingens nytteevne.**

Dersom en handling har liten nytteevne eller er unødvendig, kan man utsette sine medmennsker for mindre skaderisiko enn ellers.

Det er vanskelig å se at tobakken har hatt noen nytte av betydning – utover at den på kort sikt kan være avstressende og stimulerende. Enkelte peker på at tobakksavgiften bringer staten betydelige inntekter, men uten tobakken ville det vært mulig å beskatte og avgiftsbelegge annet forbruk.

#### **1.12.10 Oppofrelser for potensiell skadevolder ved å foreta en annen handling**

Det diskuteres ofte i erstatningssaker hvor store oppofrelser det ville kreves av den potensielle skadevolderen for at han eller hun skulle fjerne eller minke muligheten for at skadetilføyelse skulle finne sted.

I tobakkssaker vil det bli en sentral problemstilling å kartlegge hvilke omkostninger og andre oppofrelser som ville knytte seg til en alternativ handlemåte fra tobakksindustriens side – ved å utvikle mindre helsefarlige sigaretter og ved å gi forbrukerinformasjon. Siden det her dreier seg om så viktige goder som folks helse og livslengde, må det stilles svært strenge krav.

#### **1.12.11 Skadevolderens situasjon**

Det må stilles strenge krav til en skadevolder som er i en monopolsituasjon og/eller har en særlig sakkyndighet.

I etterkrigstiden har Tiedemanns langt på vei hatt en monopolstilling i Norge. Tobakksindustrien har hatt langt større kunnskaper om tobakkens innhold og virkninger enn forbrukerne.

#### **1.12.12 Konklusjoner**

De momenter som vanligvis tillegges vekt ved culpavurderingen, taler for at norsk tobakksindustri har opptrådt culpøst.

Spørsmålet om røykerne kan sies å ha medvirket til skadeforvoldelserne og/eller ha akseptert de store og alvorlige risikoene som knytter seg til røykingen, drøftes i kapittel 16, se også punkt 1.16

### **1.13 Ulovfestet objektivt ansvar**

---

#### **1.13.1 Innledning**

Ved ansvar på objektivt grunnlag er det spørsmål om skadevolderen eller skadelidte er nærmest til å bære følgene av hendelig uhell. Skadevolderen kan ikke bebreides for at skaden er inntrådt, og han kan heller ikke lastes for å ha skapt risikoen for skade. Hans virksomhet er lovlig.

Hvorvidt man vil pålegge objektivt ansvar, vil bero på en helhetsvurdering av en rekke momenter. Særlig viktig er risikomomentet og interesseavveiningspunktet.

### 1.13.2 Et stadig risikomoment

I en rekke dommer hvor det er ilagt objektivt ansvar, er det understreket at det forelå en «stadig» risiko for skadeforvoldelse.

Tobakksindustrien har drevet en permanent virksomhet. Den helserisiko og den nikotinavhengighet som knytter seg til tobakksrøyking, er en stadig risiko som røykerne og potensielle røykere utsettes for. Tobakksindustrien skaper også en stadig risiko for at fylkeskommuner og kommuner må behandle røykerelaterte sykdommer.

### 1.13.3 Risikoens og skadens størrelse (skadeevnen)

For at det skal bli erstatningsansvar på objektivt grunnlag, må risikoen for skadeforvoldelse være av en viss størrelse. Den må i alle fall være større enn den risikoen man utsettes for i dagliglivet. I mange tilfeller vises det til statistikk om hvor ofte bestemte typer av ulykker har skjedd. Ellers bygger man på vanlige erfaringssetninger («common sense») eller det Kristen Andersen kaller en «populærstatistikk eller gjennomsnittsinfluert påregnelighetsbetraktning». Det blir ansvar for risikoer som erfaringsmessig fra tid til annen uunngåelig fører til bestemte skader, men ikke for enkeltstående skadefenomener som kommer som «lynet fra den klare himmel».

Når helserisikoer som knytter seg til tobakksbruk realiserer seg, dreier det seg ikke om enkeltstående uhell, men om en betydelig risiko som uvegerlig fra tid til annen fører til sykdom, uførhet og dødsfall. Det foreligger et omfattende statistisk materiale om disse risikoers størrelse, som for en rekke sykdommer viser langt større risikoer enn dagliglivets risikoer.

### 1.13.4 Om risikomomentet er særpreget/ typisk

Det at en risiko er særpreget eller typisk for en virksomhet, er et argument for objektivt erstatningsansvar. Hvis tilsvarende uhell like gjerne kunne tenkes i tilknytning til nær sagt alle bedrifter og produkter, taler det mot objektivt ansvar.

Lungekreft er en helserisiko som er særpreget for tobakksrøyking. Også mange andre sykdommer er typisk knyttet til røyking, se punkt 1.3. I en viktig sak fra Florida la juryen til grunn at 20 skade- og sykdomstilstander skyldtes røyking.

### 1.13.5 Om risikomomentet er ekstraordinært

Begrepet ekstraordinært kan peke på at det dreier seg om risikoer som er nye, uventede og/eller upåregnelige for potensielle skadelidte, og som de av den grunn ikke eller vanskelig kan innrette seg etter. Det var nye risikoer som kom i forbindelse med den tekniske utviklingen for ca hundre år siden, som var foranledningen til at vi fikk et objektivt bedriftsansvar i Norge.

For dem som begynte å røyke i 1940- og 1950-årene, framsto påregneligheten for lungekreft og andre sykdommer som ikke-eksisterende eller som liten. Den norske legestanden var lenge kritisk vurderende og forbeholden til internasjonale forskningsrapporter, og tobakksindustrien intensiverte en stadig mer sofistikert tobakksreklame, som delvis uthulet den helseinformasjon som ble gitt. Introduksjonen av light-sigaretter har bidratt til at folk har trodd at de har røykt «sikrere» sigaretter enn det som faktisk har vært situasjonen.

### **1.13.6 Påregneligheten for at skade skal inntre**

Ofte vil en potensiell skadevolder ha større muligheter til å innse risikoen ved sin virksomhet enn potensielle skadelidte. Dersom skadevolderen kunne ha regnet med at skadeforvoldelse ville inntre, er det et moment som taler for erstatningsansvar.

Fra midten av 1950-årene har påregneligheten for at tobakksrøyking skulle føre til sykdom og dødsfall vært stor, og erkjennelsen av helserisikoene har vært økende. Selv om man ikke kan bebreide tobakksindustrien for at den fortsatte å produsere og selge tobakksvarer, kan det bli ansvar på objektivt grunnlag.

### **1.13.7 Teknisk svikt og teknisk ufullkommenhet**

Det kan ikke oppstilles som et alminnelig vilkår for objektivt ansvar at det foreligger teknisk svikt eller teknisk ufullkommenhet. Men slik svikt og ufullkommenhet kan være momenter som taler for ansvar.

Det må kunne sies at tobakksvarer er ufullkomne eller lider av en sikkerhetsmangel når de ved ordinær bruk fører til meget omfattende helseskader og farer for sterk nikotinavhengighet.

### **1.13.8 Om det etter en interesseavveining er rimelig at skadevolderen blir ansvarlig**

Det foreligger en rekke dommer hvor det er lagt vekt på skadevolderens interesse i virksomheten. Den som har de økonomiske fordelene av en bedrifts produksjon, bør også bære de økonomiske ulemper (skadene) som virksomheten påfører andre. Bedriften har som regel også lettere for å forebygge skader og pulverisere tapene.

Tobakksindustrien har hatt meget store inntekter av tobakken, og det kan da framstå som rimelig at den også skal bære (noen av) de økonomiske utgiftene og belastningene som knytter seg til bruk av tobakk. Tobakksindustrien har bestemt hvordan sigaretter skal produseres, og den har hatt større muligheter enn forbrukerne til å forebygge de store helseskadene som knytter seg til bruk av tobakk. Videre kan tobakksindustrien lettere pulverisere tapet, for eksempel ved å øke prisene på tobakksvarer, ved å redusere sin egen fortjeneste, ved å bruke mindre penger på markedsføringstiltak som kan øke salget, eller ved å bruke mindre penger til lobbyvirksomhet mot offentlige tiltak som er helsemessig begrunnet.

### **1.13.9 Konklusjoner**

De momentene som vanligvis tillegges vekt ved spørsmålet om ulovfestet objektivt ansvar, trekker klart i retning av at tobakksindustrien kan bli ansvarlig.

Spørsmålet om røykerne kan sies å ha medvirket til skadeforvoldelsene og/eller ha akseptert de store og alvorlige risikoene som knytter seg til røykingen, drøftes i kapittel 16, se også punkt 1.16.

## 1.14 Produktansvar for tobakksindustrien

---

### 1.14.1 Innledning

I kapittel 14 drøftes spørsmålet om tobakksindustrien i egenskap av produsent, importør og/eller selger kan bli ansvarlig for helseskader som bruk av tobakksvarer medfører.

Tre utviklingstrinn tas opp. For et første reglene i kjøpsloven av 1907 om selgerens ansvar for salgsgjenstandens farlige egenskaper. For det andre introduseringen av begrepet produktansvar i rettsteorien og offentlige utredninger fra midten av 1970-årene. For det tredje gjeldende produktansvarslov av 1988.

### 1.14.2 Ansvar etter kjøpsloven for salgsgjenstandens farlige egenskaper

Etter kjøpsloven av 1907 § 43 hadde selgeren objektivt ansvar ved mislighold av genusforpliktelser. De klassiske eksemplene som var oppe i rettspraksis og drøftet i teorien, var forgiftet dyrefôr som førte til skade på kjøperens husdyr, stein i wienerbrød som førte til skade på tenner, og brusflasker som ble sprengt og skadet dem som var i nærheten.

I 1937 ble en eskefabrikk som brukte mangelfull parafin ved tilvirkning av tobakksesker, erstatningsansvarlig overfor eskekjøperen. I 1957 ble selgeren av et parti gramfonplateposer erstatningsansvarlig for skade som lim på posene påførte platene.

I den juridiske teori kom man ikke fram til klare prinsipper om når erstatning kunne pålegges. Mest treffende er Kristen Andersens formulering om at selgeren blir ansvarlig når kjøpsgjenstandens skadevoldende egenskaper «er slik at de etter sin natur omsetter seg i skade når kjøperen på forsvarlig måte bruker salgsgjenstanden i samsvar med dens formål». Dette passer med det mange har framhevet som det viktigste kjennetegn ved tobakksprodukter, nemlig at de fører til sykdommer, uforhet og dødsfall når de brukes akkurat slik de etter sitt formål skal brukes.

Et problem med kjøpsloven er at den som utgangspunkt regulerer rettsforholdet mellom kjøper og selger. Mye tyder imidlertid på at man også kan gjøre ansvar gjeldende overfor produsenter og importørene, særlig etter at kjøpsloven i 1974 fikk en ny bestemmelse om «springende regress».

### 1.14.3 Begrepet produktansvar introduseres fra midten av 1970-årene

Inspirert av rettsutviklingen i USA og flere land i Europa ble begrepet produktansvar introdusert i nordisk rettsteori og offentlige utredninger. Det var i 1970-årene ikke spørsmål om et eget erstatningsgrunnlag ved siden av culpanormen, ulovfestet objektivt ansvar, kjøpslovens regler om objektivt ansvar for genusforpliktelser m.m., men om hvor langt disse ansvarsgrunnlagene rakk for produsenter av masseartikler.

Det ble framhevet at disse ansvarsgrunnlagene i stor utstrekning kunne føre til at produsentene ble erstatningsansvarlige. Det ble imidlertid ansett som lite sannsynlig at domstolene ville pålegge ansvar ved bruk av sigaretter. Dette ble imidlertid bare nevnt som et eksempel. Det var ingen som den gang gikk dypt inn i spørsmålet om tobakksindustriens eventuelle erstatningsansvar.



#### 1.14.4 Gjeldende produktansvarslov

Det sentrale vilkåret for erstatningsansvar etter produktansvarsloven av 1988 er at det foreligger «sikkerhetsmangel». Man skal sammenligne den faktiske sikkerheten som produktet viser seg å ha, med den sikkerheten brukerne av produktet/allmennheten kan forvente av produktet.

Produktansvarsloven gjelder for alle slags varer. Tobakksvarer er ikke unntatt fra lovens virkeområde, selv om det i lovforarbeidene forekommer uttalelser som kan peke i den retningen. Tobakksvarer må derfor vurderes etter det sikkerhets- og forventningskriterium som produktansvarsloven bygger på.

Det er viktig at forbrukerne og allmennheten i stor grad har manglet kjennskap til tobakksproduktenes skadeevne. Produsenten har en plikt til å skaffe seg kunnskaper om sine produkters skadevoldende evne, og må tilbakeføre slike kunnskaper til forbrukerne. Tobakksindustrien har ikke gjort dette, men tvert imot før 1975 drevet reklame for sine meget helsefarlige produkter, og hele tiden benektet og bagatellisert helsefarene ved bruk av tobakk. Dette har ført til at forbrukerne i stor utstrekning har undervurdert og vært ukjent med graden av helserisiko som er forbundet med ethvert tobakksprodukt.

Uttalelser i lovforarbeider og juridisk litteratur om at tobakk skal stå i en særstilling i forhold til produktansvarsloven, bygger ikke på grundige drøftelser av spørsmålet om tobakksindustriens erstatningsansvar. Uttalelsene bygger på mangelfullt faktum når det gjelder tobakk som et moderne industriprodukt, og om de store helseskadene og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til bruk av tobakk.

#### 1.14.5 Konklusjoner

Det er tvilsomt i hvilken utstrekning den objektive ansvarsregelen ved genusforpliktelser etter kjøpsloven av 1907 omfatter skader som knytter seg til salgsgjenstandens skadevoldende egenskaper. For et ansvar for tobakksindustrien taler at det er nettopp når man bruker tobakksvarene slik de etter sitt formål skal brukes, at sykdom, uførhet og dødsfall inntreffer.

Produktansvarslovens regler om erstatningsansvar ved sikkerhetsmangler gjelder også for tobakksindustrien. Det foreligger en så betydelig diskrepans mellom de helserisikoene som knytter seg til bruk av tobakk og den sikkerheten som forbrukerne bør kunne forvente, at det er store muligheter for at tobakksindustrien kan bli erstatningsansvarlig etter produktansvarsloven.

Det er tvilsomt om denne loven gjelder for dem som har røykt både før og etter lovens ikrafttreden 1. januar 1989. Dette er imidlertid av mindre betydning fordi ansvar kan følge av culpanormen og det ulovfestede ansvaret som har gått langt i å beskytte skadelidte/forbrukerne overfor produsenter/importører.

Spørsmålet om røykerne kan sies å ha medvirket til skadeforvoldelsene og/eller ha akseptert de store og alvorlige risikoene som knytter seg til røykingen, drøftes i kapittel 16, se også punkt 1.16.

## **1.15 Kravene til årsakssammenheng og adekvans**

---

### **1.15.1 Innledning**

I kapittel 15 drøftes kravet om at det må være årsakssammenheng mellom røykingen og skaden/sykdommen/dødsfallet. Vi behandler her ikke bare erstatningsrettslige prinsipper; stoff fra yrkesskadetrygden og yrkesskadeforsikringen benyttes for å illustrere årsaksproblematikken.

### **1.15.2 Hva har skjedd – sakens faktum**

For å kunne klarlegge hva som har skjedd, er det viktig med legeerklæringer og andre sakkyndige uttalelser. Hvis det foreligger stort sett samstemmige uttalelser fra de fremste ekspertene i landet, vil dette som regel bli lagt til grunn av retten. Uttalelser fra sakkyndige som engasjeres og betales av en av partene, blir stort sett tillagt mindre vekt enn uttalelser fra sakkyndige som oppnevnes av retten. Det gjelder særlig utenlandske sakkyndige på områder hvor vi har framtreddende eller vel kvalifiserte eksperter i Norge.

Dersom det er tvil om hvor stor betydning tobakken har hatt for utviklingen av en sykdom, skal det alternativet som framstår som det mest sannsynlige, legges til grunn. Dette kaller vi overvektsprinsippet.

Som utgangspunkt er det skadelidte som har bevisbyrden eller tvilsrisikoen. Men dersom skadevolderen hadde størst muligheter til å sikre bevis, er en stor industribedrift, en storprodusent av skader og lignende, snus bevisbyrden. Mye taler for at tobakksindustrien skal ha bevisbyrden for at det ikke foreligger årsakssammenheng mellom deres eventuelle culpøse forhold og at inntrådt sykdom/dødsfall kan skyldes tobakksrøyking når skaden/sykdommen er en typisk følge av den aktuelle tobakksbruk.

Etter loven om yrkesskadeforsikring har skadevolderen/forsikringsselskapet en ganske tung bevisbyrde for at årsakssammenheng ikke foreligger. I bartendersaken fra Stavanger kunne forsikringsselskapet ikke føre et tilfredsstillende bevis for at røyken i arbeidsmiljøet var ubetydelig for utviklingen av bartenderens lungekreft.

### **1.15.3 Årsakskravets juridiske innhold**

«P-pille-dom II» er den viktigste rettskilden om årsakskravet i norsk erstatningsrett. Her fastslås det at betingelsesteorien som utgangspunkt gjelder. Det innebærer at røykingen anses som årsak til en sykdom, hvis denne sykdommen ikke hadde inntrådt hvis man tenker seg røykingen borte.

Men man kan se bort fra årsaksfaktorer som framstår som et lite element i skadebildet. Fordelingsprinsippet nevnes overhodet ikke i domspremissene.

### **1.15.4 Kravet til adekvans**

I kravet om adekvans ligger det først og fremst et krav om at sammenhengen mellom tobakksrøykingen og sykdommen skal være påregnelig. Skadevolderen skal ikke bli ansvarlig for helt uventede, ekstraordinære, atypiske, avledede, indirekte, fjerne, perifere og/eller uforutsigbare skadefølger.

Ved adekvansvurderingen kan det i tillegg til påregnelighet legges vekt på hvor klanderverdig skadevolderen har opptrådt og hvor stort det økonomiske tapet er. Vi kan vanskelig tenke oss at disse momentene kan føre til at årsakssammenhengen i tobakksaker blir ansett som inadekvat.

### 1.15.5 Konklusjoner

Når det er tvil om hva som har skjedd, skal det mest sannsynlige faktum legges til grunn (overvektsprinsippet).

Gjeldende norsk rett bygger på betingelsesteorien kombinert med en modifisert hovedårsakslære.

Det kan vanskelig tenkes at adekvanskravet kan føre til frifinnelse for tobakksindustrien.

## 1.16 Skadelidtes medvirkning og aksept av risiko

---

### 1.16.1 Innledning

Skadelidtes forhold er viktig ved flere erstatningsrettslige spørsmål. Rettsinstituttet «skadelidtes medvirkning» er først og fremst av betydning når erstatningen skal utmåles; ved forsettlig eller uaktsom medvirkning kan erstatningen reduseres eller falle helt bort. Rettsinstituttet «aksept av risiko» er av betydning når det skal avgjøres om ansvarsgrunnlag foreligger; interaksjonen mellom skadevolderen og skadelidte er for eksempel av betydning når man skal vurdere om det foreligger culpa.

De fleste som for første gang hører at det er spørsmål om å kreve erstatning fra tobakksindustrien, tenker at den som selv har røykt, ikke kan forvente å få erstatning. Utgangspunktet er jo at den som i moden alder bevisst tar en risiko som han eller hun fullt ut kjenner de mulige konsekvensene av, selv må bære ansvaret for sine egne valg.

De fleste av dem som nå pådrar seg røykerelaterte sykdommer, begynte å røyke fra midten av 1950-årene til midten av 1970-årene. Den gang var det tobakksreklame i Norge og lite informasjon om helseskadene ved røyking. Mange begynte å røyke i ung alder, og på grunn av nikotinavhengigheten har det vært svært vanskelig å slutte å røyke.

### 1.16.2 Skadelidtes medvirkning

Etter skadeerstatningsloven § 5-1 kan erstatningen reduseres eller falle bort når skadelidte ved egen skyld har medvirket til skaden. I rettsteorien framheves det at man må vise varsomhet med å redusere erstatningen etter § 5-1, særlig ved personskader.

Ved en lovendring i 1987 ble det bestemt at man skulle se bort fra medvirkning til skadelidte under 10 år. Stortingets justiskomite forutsatte at det også skulle vises varsomhet med å tillegge eldre barns medvirkning betydning. Dette kan være viktig for den som har hatt tidlig røykedebut.

Et særlig spørsmål er det om de etterlattes krav på erstatning ved tap av forsørger kan reduseres eller falle bort på grunn av avdødes tidligere røyking. Det riktige synes å være at retten skal behandle de etterlatte mildere enn den ville ha behandlet avdøde hvis han eller hun hadde overlevd og krevd erstatning.

### 1.16.3 Aksept av risiko

Ved spørsmålet om bortfall av erstatning på grunn av «aksept av risiko» legges det blant annet vekt på skadelidtes faginnsikt og alder. Alminnelige forbrukere har vanligvis ikke noen spesiell medisinsk eller annen faglig innsikt, mens

tobakksprodusentene er spesialkyndige når det gjelder tobakksvarer. De fleste har begynt å røyke i ung alder da de hadde meget begrensede muligheter til å innse de store helserisikoene og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til bruk av tobakksvarer.

På bakgrunn av uttalelser i lovforarbeider og juridisk teori skal det svært mye til for at erstatningsansvar skal falle bort på grunnlag av «aksept av risiko».

Vi har innhentet en utredning fra professor Richard Daynard ved Northeastern University Law School om aksept av risiko i USA, se vedlegg 1. Synspunktet aksept av risiko var lenge tobakksindustriens viktigste argument, men har senere hatt liten betydning ved amerikanske domstoler. Dette gjelder særlig etter 1994 da saksøkersiden fikk dokumentasjon på at tobakksindustrien var fullt klar over helserisikoene, og at industrien ved sammensetningen av sigarettene kunne kontrollere at røykerne ble avhengige.

For at en person skal anses å ha akseptert en risiko, bør det som utgangspunkt kreves informert samtykke. I den nye loven om pasientrettigheter er det inntatt ganske strenge regler om informert samtykke til medisinske behandling. Det må stilles strengere krav til informert samtykke til helseskader som kan tilbakeføres til tobakksrøyking, enn til skadeforvoldelse som kan tilbakeføres til ordinær medisinsk behandling. En slik behandling har et klart positivt helsefremmende formål, mens røykingen er sykdomsframkallende, dødbringende og avhengighetsskapende.

Undersøkelser fra USA og Canada viser at det er en meget stor forskjell mellom de helserisikoene og den avhengigheten som folk tror knytter seg til røyking, og realitetene. Folk kan ikke anses å ha akseptert følger av røykingen som de ikke har visst om eller som har vært langt mer omfattende enn de trodde.

#### **1.16.4 Det objektive ansvaret og skadelidtes forhold**

Spørsmålet om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko må stort sett vurderes på samme måte i forhold til det ulovfestede objektive ansvaret som i forhold til culpaansvaret. Også ansatte i tobakksindustrien kan tenkes å ha krav på erstatning på ulovfestet objektivt grunnlag.

#### **1.16.5 Produktansvar, aksept av risiko og skadelidtes medvirkning**

Av produktansvarslovens forarbeider framgår at det bare unntaksvis kunne «komme på tale å tillegge uforsiktighet fra skadelidtes side, betydning». Det skal altså mye til før skadelidte mister retten til erstatning eller får redusert erstatningsbeløpet etter reglene om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko når erstatning kreves etter produktansvarsloven.

#### **1.16.6 Konklusjoner**

Reglene om aksept av risiko og skadelidtes medvirkning kan ikke benyttes overfor dem som begynte å røyke før fylte 10 år, og neppe heller noen år senere.

Man må være forsiktig med å redusere erstatningen etter reglene om skadelidtes medvirkning når det ikke foreligger forsett eller grov uaktsomhet.

Reglene om aksept av risiko har stadig fått mindre plass i norsk rett.

Man kan neppe bebreide røykerne som etter flere forsøk ikke har greid å kvitte seg med nikotinavhengigheten.

De som begynte å røyke før reklameforbudet og helseadvarselen kom i 1975, kan neppe anses å ha akseptert risikoer som knytter seg til røykingen. De som har begynt å røyke senere, må vurderes ut fra alderen ved røykestart, de kunnskapene som de har hatt eller burde ha skaffet seg, sammenlignet med hva tobakksindustrien den gang visste eller burde ha visst om de alvorlige helserisikoene og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til tobakksrøyking.

#### ***IV Fylkeskommunens utgifter, regress, foreldelse og anbefalinger***

### **1.17 Fylkeskommunenes adgang til å søke erstatning for utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer**

---

#### **1.17.1 Innledning**

I forbindelse med eventuelle erstatningsrettsligesøksmål mot tobakksindustrien i Norge, oppstår enkelte problemstillinger av prinsipiell karakter. Hovedspørsmål er blant annet om det kreves særskilt lovhjemmel for at det offentlige, som en tredjepart, skal kunne kreve erstatning som en avledet følge av en annens personskade. Et annet hovedspørsmål er om det velferdssystem som det offentliges sykehusvirksomhet er del av, gir rom for en erstatningsadgang for det offentlige.

#### **1.17.2 Må særskilt lovhjemmel til for at tredjemann skal kunne kreve erstatning på grunnlag av en annens personskade?**

Av en ganske omfattende praksis fra Høyesterett følger det at tredjemanns krav på erstatning for formuestap som følge av en annens personskade, ikke er nødt til å bygge på særskilt lovhjemmel. Slike krav må som utgangspunkt vurderes etter alminnelige erstatningsrettslige regler om årsakssammenheng og påregnelighet (adekvans).

#### **1.17.3 Tredjemannskrav reiser først og fremst et spørsmål om adekvans**

Det overordnede vurderingskriterium i påregnelighetsvurderingen er om det økonomiske tap som er påført tredjemann (følgeskaden, sekundærskaden) står i rimelig og naturlig sammenheng med den skaden som er forvoldt den direkte skadelidte (primærskaden). Erstatningsansvarets rekkevidde overfor tredjemann avgrenses således mot de mer fjerntliggende, uventede og tilfældige skadefølger.

Med henblikk på problemstillingen om offentlige myndigheter har adgang til å fremme erstatningskrav for sykehusutgifter hvis først et ansvarsgrunnlag foreligger, er det lite tvilsomt at vi står overfor en adekvat skadefølge av produksjonen og salget av tobakksprodukter.

#### **1.17.4 Er det særskilte skranker for det offentliges adgang til å kreve erstatning for helseutgifter?**

Selv om adekvans foreligger, er det i norsk erstatningsrett antatt å være en grense for hvor langt ansvaret for avledede skadefølger kan strekkes. Denne grensen formuleres gjerne som et spørsmål om hvilke (adekvate) skadefølger som har erstatningsrettslig vern.

### **1.17.5 Regressforbudet i skades- erstatningsloven § 3–7 første ledd**

I skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd er regressadgangen uttrykkelig avskåret hva angår trygdeutgifter. Legislativt er bestemmelsen i 3–7 første ledd begrunnet utelukkende i praktiske og administrative hensyn.

I 1990 ble det ved lov innført kollektive refusjonsordninger til fordel for trygden i forbindelse med trafikk- og yrkesskader. Disse refusjonsordningene innebærer i realiteten en begrenset regressadgang for trygdemyndighetene.

### **1.17.6 Er regressavskjæring et alminnelig prinsipp når det er tale om velferdsutgifter?**

De hensyn som begrunner regressavskjæringen i skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd, gir ikke grunnlag for å se bestemmelsen som uttrykk for et generelt prinsipp på velferdsrettens område. Høyesterett har da også understreket at man skal være varsom med å anvende bestemmelsen utenfor sitt virkeområde.

Det kan likevel reises spørsmål om en erstatningsadgang for det offentlige for sykehusutgifter, er forenlig med det offentlige velferdssystem som er etablert i Norge. Det kan synes å harmonere dårlig med det omsorgsansvar som det offentlige i Norge har påtatt seg, å velte finansieringsbyrden for en del over på private enkeltaktører. På den annen side, kan det neppe sies å være selvsagt at det velferdsansvar som det offentlige har påtatt seg overfor den enkelte, også skal gi skadevoldende virksomheter en fribillett hvis de alminnelige erstatningsrettslige ansvarsbetingelsene ellers foreligger.

I eldre rettspraksis ble det som utgangspunkt lagt til grunn at offentlige myndigheter var erstatningsrettslig vernet på lik linje med andre skadelidte. Fra nyere tid er det sparsomt med rettspraksis, men utgangspunktet fra tidligere er i prinsippet videreført, dog likevel slik at de konkrete omstendigheter omkring skadeforholdet ser ut til å kunne ha betydning, for eksempel slik som ansvarssubjekt og skyldgrad. Det synes derfor vanskelig å gi et helt generelt svar på spørsmålet om det offentlige kan kreve erstatning for velferdsutgifter.

### **1.17.7 Står tobakk i en særstilling i forhold til andre skadevoldende produkter?**

Det er verdt å peke på at tobakksprodukter står i en særstilling i forhold til andre skadevoldende produkter i vårt samfunn, særlig ved at tobakksprodukter etter sin art volder skade – altså ved bruk i samsvar med sitt formål – samt det store skadeomfang som tobakksbruk medfører. I forhold til andre skadevoldende produkter står således tobakk for en spesiell belastning av sykehusbudsjettene. Disse forholdene tilsier at tobakk også settes i en særstilling i erstatningsrettslig sammenheng, og at det i prinsippet må være erstatningsadgang for offentlige myndigheter for sykehusutgifter hvis først et ansvarsgrunnlag for tobakksprodusentene foreligger.

Den særskilte utgiftsbelastning som er forbundet med tobakk, framstår mer naturlig som et virksomhetsansvar enn en byrde for skattebetalerne. Et slikt ansvar vil ha stor økonomisk betydning for sykehusene, og vil kunne inspirere tobakksindustrien til å informere om helsefarene og nikotinets avhengighetsskapende virkning, samt å utvikle mindre helseskadelige og mindre avhengighetsskapende produkter.

Spørsmålet om det offentliges erstatningsadgang for tobakksrelaterte sykehusutgifter må i siste hånd avklares ved domstolene.

### **1.17.8 Betydningen av eventuelle skyldforhold på tobakksindustriens side**

Hvis det skulle foreligge skyldforhold hos den norske tobakksindustri, særlig villedelse av forbrukere og myndigheter om helseskadene ved og innholdet i produktene, kan erstatningskrav fra myndighetene ikke avskjæres under henvisning til at velferdsomsorger er en offentlig oppgave i Norge.

## **1.18 Rettslige utgangspunkter for beregningen av det økonomiske tap for offentlige sykehus**

---

### **1.18.1 Problemstillinger**

I forbindelse med et eventuelt erstatningskrav fra offentlige myndigheter mot tobakksindustrien, oppstår en del rettslige spørsmål om hvilke utgangspunkter tapsberegningen skal bygge på, blant annet:

Er kravet å anse som et selvstendig erstatningskrav eller som et regresskrav?

Skal det gjøres fradrag for de inntekter som staten har på tobakksavgiften?

Skal det gjøres fradrag for de mulige besparelser som staten har på at tobakksbrukere dør tidligere, for eksempel besparelser i forbindelse med pensjonsutbetalinger?

Har det betydning for erstatningsberegningen at tobakksbrukerne, uavhengig av tobakksbruken, i alle tilfelle ville ha belastet helsesystemet en gang i sin alderdom?

### **1.18.2 Erstatningskravets karakter – regresskrav og/eller selvstendig krav?**

Vi finner at et eventuelt krav fra det offentlige om erstatning for sykehusutgifter er regresslignende, men intet typisk regresskrav. Cessio legis-konstruksjonen er lite egnet.

Uansett hvordan man måtte ønske å klassifisere et eventuelt erstatningskrav fra offentlige sykehus overfor tobakksindustrien, er det etter vår mening verken påkrevd eller naturlig at kravet i sitt grunnlag eller beregning må bygge på en godtgjøring av hvert enkelt underliggende behandlingstilfelle. Statistisk og epidemiologisk materiale må i prinsippet kunne aksepteres som tilfredsstillende dokumentasjon av det offentliges økonomiske tap i forbindelse med tobakksskader.

### **1.18.3 Spørsmålet om fordelsfradrag – utgangspunkter**

Som hovedregel skal det ved erstatningsutmålingen gjøres fradrag for eventuelle økonomiske fordeler som skaden fører med seg for den skadelidte. Prinsippet om fordelsfradrag er imidlertid ikke absolutt. Det har alltid vært lagt til grunn at prinsippet ikke kan anvendes reservasjonsløst, men at det i bunn og grunn beror på en konkret vurdering, særlig av hva som i forholdet mellom skadevolder og den skadelidte framstår som rimelig å ta i betraktning.

#### **1.18.4 Skal det gjøres fradrag for de inntekter som staten oppebærer på tobakksavgiften?**

Tobakksavgiften innebærer en økonomisk fordel for staten som følge av tobakksforbruket, og skulle således som utgangspunkt komme til fradrag i en eventuell erstatningsutmåling. Vi finner det imidlertid uten videre klart at inntekter som følge av tobakksavgiften er et eventuelt skadeoppgjør mellom offentlige myndigheter og tobakksselskapene uvedkommende. Tobakksavgiften er en skatt og ingen næring kan fritas for et mulig erstatningsansvar under henvisning til at den betaler skatt, om enn en spesielt høy skatt på en bestemt vare. I praksis betales tobakksavgiften dessuten av forbrukerne, og det er staten som er mottaker, ikke fylkeskommunene.

#### **1.18.5 Skal det gjøres fradrag for eventuelle besparelser som følge av at mennesker dør tidligere på grunn av tobakksbruk?**

I vår sammenheng er det grunn til å presisere at spørsmålet om fordelsfradrag først og fremst et rettslig, og ikke bare beregningsteknisk spørsmål. Erstatningsrettslig er utgangspunktet at skadelidte – i vårt tilfelle fylkeskommunene – skal settes i samme økonomiske situasjon som om skaden ikke var skjedd. Dette kan tilsi at eventuelle besparelser skal komme til fradrag. Men besparelser i form av reduserte pensjonsutbetalinger m. v. gjelder imidlertid folketrygden, og ikke fylkeskommunene. Dertil er som nevnt regelen om fordelsfradrag ikke absolutt. Dens rekkevidde beror blant annet på reelle hensyn. Hvis det først foreligger et ansvarsgrunnlag, er det prinsipielt sett uholdbart at skadevolder forsvarer seg med at det er en økonomisk fordel for det offentlige at produktet er dødelig.

#### **1.18.6 Må det tas i betraktning at tobakksskade mennesker i alle tilfelle ville ha belastet helsesystemet og sykehusene en gang i framtiden?**

Det har vært anført at ettersom de aller fleste mennesker, enten de bruker tobakk eller ikke, i løpet av sitt liv vil ha behov for sykehustjenester, bør en erstatningsutmåling for tobakksskader bare omfatte de merutgifter som tobakksbruken medfører.

Det er imidlertid et grunnprinsipp i norsk erstatningsrett at skadevolder må akseptere skadelidte med de eventuelle fysiske og psykiske svakheter som måtte forekomme hos vedkommende. Hvis det først foreligger et ansvarsgrunnlag, bør man være varsom med å begi seg inn på hypoteser om hvorvidt skaden i alle tilfelle vil inntre eller ville ha inntrådt på grunn av en eller annen hendelig begivenhet, både av praktiske grunner og av rimelighetshensyn overfor skadelidte.

Hvorvidt disse betenkelighetene gjør seg like sterkt gjeldende overfor det offentlige i forbindelse med sykehusbehandling, er kanskje noe mer tvilsomt. Det kan anføres at ettersom tobakksskader utelukkende har økonomiske virkninger for det offentlige, så må et eventuelt erstatningskrav fra det offentlige bygge på rent pekuniære betraktninger, det vil si en oppstilling av de reelle merutgifter som antas å foreligge og oppstå fremover.

På den annen side møter vi mange av de samme prinsipielle innvendingene som i spørsmålet om det skal gjøres fradrag i erstatningen for prematur tobakksdød. Også praktiske og prosessøkonomiske hensyn taler mot å gå inn



på beregninger av hva mennesker i løpet av et liv koster samfunnet i sykehusbehandling.

Etter vårt skjønn bør det ikke gjøres fradrag for de sykehusutgiftene som antas å ville påløpe uavhengig av tobakksbruken.

## **1.19 Foreldelse**

---

### **1.19.1 Innledning**

Foreldelse av erstatningskrav ved personskade følger et to-sporet system; en relativ treårsfrist og en – i utgangspunktet – endelig tyveårsfrist.

Den relative treårsfristen innebærer at skadelidte må gå til erstatningssøksmål mot den erstatningsansvarlige innen tre år etter at skadelidte fikk eller burde ha fått rede på skaden, de ansvarsbetingende forhold og den ansvarlige.

Tyveårsfristen setter som hovedregel en grense for hvor lang tid etter opphøret av det skadevoldende forhold at erstatningsansvar kan gjøres gjeldende.

### **1.19.2 Treårsfristen: Når begynner fristen å løpe?**

Det avgjørende tidspunktet for når treårsfristen begynner å løpe, er det tidspunktet skadelidte har, eventuelt burde ha hatt, tilstrekkelig kunnskap om de faktiske forhold omkring skadesituasjonen til å fremme erstatningskravet overfor den ansvarlige. Skadelidte må ha rimelig sikker kunnskap om at det foreligger en skade, mistanke er ikke tilstrekkelig.

Skader som utvikler seg er problematiske, fremfor alt kan det være vanskelig å slå fast om en skade vil bli varig. Sakkyndige vurderinger vil nesten alltid være påkrevd, og rettspraksis har lagt til grunn at foreldelsesfristen ikke kan begynne å løpe før det fra sakkyndig hold er konkludert med at skaden sannsynligvis vil bli varig, og dette er meddelt skadelidte.

Skadelidte må videre ha tilstrekkelig kunnskap om den erstatningsansvarlige. Det vil si at skadelidte må ha kjennskap til skadens årsak, de faktiske forhold omkring skadeforvoldelsen (ansvarsgrunnlaget) og hvem som er ansvarlig (ansvarssubjektet). Etter rettspraksis er det avgjørende tidspunkt for foreldelsens start, som utgangspunkt det øyeblikk det foreligger en sakkyndig erklæring som med ganske stor grad av sikkerhet slår fast skaden og dens årsak. At skadelidte må ha kunnskap om de faktiske omstendigheter omkring skadeforvoldelsen, innebærer at foreldelsesspørsmålet vil kunne stille seg forskjellig alt etter hvilket ansvarsgrunnlag skadelidte gjør gjeldende.

Skadelidte har en aktivitetsplikt med hensyn til å bringe klarhet i skadespørsmålet og eventuelle ansvarsforhold. Skadelidte plikter imidlertid bare å foreta de undersøkelser som kan gjennomføres uten urimelig besvær. Hva dette innebærer må vurderes konkret i det enkelte skadetilfelle, men det er verdt å fremheve at rettspraksis stiller nokså beskjedne krav til skadelidtes aktivitet.

### **1.19.3 Tyveårsfristen**

Lengstefristen på 20 år innebærer at skadelidte, som hovedregel, vil være avskåret fra å kreve erstatning når det er gått 20 år etter at den skadegjørende

handling eller virksomhet opphørte. Friststart vil med dette kunne avhenge av ansvarsgrunnlaget og av hvilke forhold som av skadelidte anføres som ansvarsbetingende.

Foreldelsesloven oppstiller et unntak fra tyveårsfristen hvis tre vilkår er oppfylt:

For det første må det være tale om en personskade. Dette vilkåret vil alltid være oppfylt i forbindelse med erstatningskrav fra aktive og passive røykere, samt etterlatte etter disse. Det må antas som temmelig sikkert at personskadebegrepet også omfatter forsørgertap. Mer tvilsomt er det om personskadebegrepet også omfatter det formuestap som påføres offentlige myndigheter i forbindelse med behandling av tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus.

Foreldelsesloven oppstiller et unntak fra tyveårsfristen hvis tre vilkår er oppfylt:

For det første må det være tale om en personskade. Dette vilkåret vil alltid være oppfylt i forbindelse med erstatningskrav fra aktive og passive røykere, samt etterlatte etter disse. Det må antas som temmelig sikkert at personskadebegrepet også omfatter det formuestap som påføres offentlige myndigheter i forbindelse med behandling av tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus.

For det andre må skaden være forvoldt i ervervsvirksomhet. Dette vilkåret er klart oppfylt i saker om tobakksskader.

For det tredje må den erstatningsansvarlige ha vært kjent med at de aktuelle skadegjørende forhold innebar fare for liv eller at alvorlig helseskade kunne inntre. Forarbeidene til foreldelsesloven legger opp til en streng vurdering av hva virksomhetsutøveren antas å kjenne til. I relasjon til tobakkserstatningsspørsmål, er det særlig grunn til å merke seg at medisinske forskningsresultater forutsettes kjent for tobakksselskapene, og at lovgiver legger til grunn at en mulighet for helseskade statuerer en handleplikt for virksomheten selv om helserisikoen er omdiskutert.

På denne bakgrunn vil det etter vår mening ikke gjelde noen lengstefrist på 20 år i erstatningssøksmål fra individer mot tobakksselskapene. Det er noe usikkert om også det offentliges behandlingsutgifter kan falle inn under unntaket fra tyveårsfristen.

## **1.20 Anbefalinger**

---

### **1.20.1 Innledning**

Utredningens kapittel 20 inneholder en oversikt over det kildematerialet som utredningen bygger på. Vi vil her ikke gjøre noe forsøk på å sammenfatte dette.

I stedet vil vi avslutningsvis komme med noen anbefalinger. De retter seg mot oppdragsgiveren (Sosial- og helsedepartementet), Statens tobakksskaderåd (administrasjonen og rådsforsamlingen), fylkeskommuner og kommuner, røykere og deres etterlatte samt de som har vært utsatt for passiv røyking.

Det kunne også vært aktuelt med anbefalinger overfor frivillige organisasjoner, særlig Den Norske Kreftforening som i vesentlig grad har bidratt til fin-

ansieringen av dette prosjektet. Vi vil være til disposisjon dersom det er ønskelig med mer konkrete råd enn det som framgår av denne utredningen.

### **1.20.2 Sosial- og helsedepartementet**

Vi har ikke spesielt utredet om staten bør gå til sak overfor tobakksindustrien. Det skyldes at den statsinstitusjonen som har de vesentligste av utgiftene som knytter seg til tobakksrelaterte sykdommer og dødsfall, nemlig folketrygden, ved lov er avskåret fra å kreve regress. Det gjelder dog et unntak for forsettlig skadeforvoldelse, men dette er det neppe aktuelt å benytte. Det gjelder også et unntak for utenlandske skadevoldere.

Spørsmålet om andre statlige utgifter bør kreves dekket, bør utredes særskilt. Det kan være naturlig å avvente remissuttaalelsene til denne utredningen, eventuelt domstolenes avgjørelser i de sakene som allerede er reist og saker som det kan være aktuelt for fylkeskommunene å reise, se punkt 1.20.3 og 1.20.4

I denne omgang vil vi anbefale at det foretas to lovendringer og en anbefaling når det gjelder praktiseringen av rettshjelpsloven:

(1) Tobakksloven §§ 4 og 7 foreslås endret slik at det kan bli helt klart at tobakksindustrien vil være pliktig til å gi opplysninger om tobakksvarens innhold, herunder om tilsetningsstoffer. Vi mener at tobakksindustrien har en slik plikt allerede i dag, men siden det er reist tvil om dette, vil vi anbefale lovendring. Se punkt 2.3.6 og bilag 3 om nytt regelverk i British Columbia.

(2) Vi anbefaler at Sosial- og helsedepartementet foreslår overfor Politi- og justisdepartementet at det framsettes forslag til endring av tvistemålslovens bestemmelser om framlegging av dokumenter. Bestemmelsene bør utformes slik at norsk tobakksindustri vil ha en enda klarere plikt enn det som synes å være tilfelle i dag (se punkt 11.7.3), til å utlevere dokumenter fra sine arkiv som kan belyse i hvilken grad industrien har vært klar over helsefarer og nikotinavhengighet som knytter seg til bruk av tobakksvarer. I forbindelse med den foreliggende utredningen har vi bare fått tilgang til slike dokumenter i den utstrekning de tilfeldigvis er blitt frigjort i forbindelse med rettssaker i USA, se vedlegg 9 og 10 om Minnesota-materialet og Guildford-materialet. Det er av avgjørende betydning at slike dokumenter kan utleveres direkte fra norsk tobakksindustri til norske helsemyndigheter og norske domstoler, se punkt 11.7.3.

(3) Vi anbefaler at domstolene, Justisdepartementet og fylkesmennene praktiserer loven om fri rettshjelp – herunder dispensasjonsbestemmelsene for inntekts- og formuesgrenser – slik at i alle fall noen prinsippaker om tobakksskader kan prøves for domstolene uten at de skadelidte skal risikere å måtte bære betydelige personlige økonomiske utlegg. Vi viser til drøftelsen i punkt 11.7.2.

### **1.20.3 Statens tobakksskaderåd**

Vi vil anbefale at Statens tobakksskaderåd arbeider videre med en del av de problemstillingene som er reist i denne utredningen. Det gjelder dels av hensyn til eventuelle erstatningssaker, men først og fremst av hensyn til det generelle arbeidet som Statens tobakksskaderåd har som oppgave å utføre. Vi vil særlig nevne:

(1) Bidra til at de to lovendringsforslagene som er nevnt under punkt 1.20.2, blir fulgt opp.

(2) Videreføre undersøkelsen av artikler og annonser i Aftenposten fra 1976 til 2000, se vedlegg 7.

(3) Kartlegge annen tobakksreklame før 1975 enn den som framgår av Ukeblad-undersøkelsen som er omtalt i vedlegg 6.

(4) Kartlegge ulike typer av markedsføringstiltak og lignende som har vært av betydning for salget av tobakksvarer etter at reklameforbudet ble innført 1. juli 1975.

(5) Gå grundigere inn i Minnesota-materialet, se vedlegg 9.

(6) Gå gjennom det Guildford-materialet som vi har bedt om fra British American Tobacco Industry når det mottas, se vedlegg 10.

(7) Følge med den videre rettsutvikling i USA, søksmålet mot amerikansk tobakksindustri fra latinamerikanske land og saksanlegg i andre land, særlig i Europa, se vedlegg 11 og 12.

(8) Videreføre arbeidet med å innhente opplysninger om tobakksvarers innhold, særlig om tilsetningsstoffer.

(9) Foreta vurderinger av spesielle og viktige temaer som for eksempel tilsetting av ammoniakk og andre stoffer som øker nikotineffekten, tilsetting av stoffet kumarin som tidligere er «mistenkt» for å være kreftframkallende, og bruk av aktronfilteret i Barclay-sigarettene.

(10) Oversette sammendraget av denne utredningen til engelsk og gi informasjon om utredningen til andre land og WHO.

#### **1.20.4 Fylkeskommuner og kommuner**

Denne utredningen viser at det er mange og tungtveiende argumenter som taler for at fylkeskommuner skal kunne vinne fram med søksmål overfor tobakksindustrien når det gjelder dekning av utgifter til sykehusbehandling av tobakksrelaterte sykdommer. Det vises til drøftingene i kapittel 12, 13 og 14 om culpaansvar, ulovfestet objektivt ansvar og produktansvar. Videre vises det til kapittel 16 om at fylkeskommuner ikke kan avskjæres rett til erstatning etter lærene om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko. Reglene om regress og direkte erstatningskrav for fylkeskommuner er nærmere drøftet i kapittel 17 og 18.

Det er selvsagt opp til hver enkelt fylkeskommune om den vil kreve erstatning. Det må avgjøres av de politiske organer (fylkestinget, fylkesutvalget, fylkesordfører) etter råd fra administrasjonen (fylkesrådmannen, fylkeshelsesjefen, fylkeskommunens advokat). Vi er kjent med at enkelte fylkeskommuner allerede er inne i forberedelsen av en slik avgjøringsprosess, og vil ikke gi noen nærmere råd om hvordan dette eventuelt bør skje.

Vi har i denne utredningen ikke foretatt noen spesiell drøftelse av kommunenes muligheter til å få dekket sine utgifter ved behandling av tobakksrelaterte sykdommer. Men det som er sagt om fylkeskommunene vil også gjelde kommunene. Det er derfor opp til den enkelte kommune å avgjøre om den vil kreve erstatning fra tobakksindustrien.

Det kan være naturlig at kommunene og fylkeskommunene samarbeider om eventuelle søksmål. Utgiftene kan dermed bli mindre, og de erfaringene som vinnes av den ene, kan benyttes av andre. Det er videre naturlig at Kommunenes sentralforbund engasjerer seg i dette arbeidet, og eventuelt bidrar til

å få i stand en ordning med dekning av utgifter for dem som påtar seg å føre de første prøvesakene.

### **1.20.5 Erstatningskrav fra røykere og deres etterlatte**

Det er selvsagt opp til den enkelte røyker om han eller hun vil kreve erstatning fra tobakksindustrien. Det er nødvendig med advokathjelp for å kunne ta stilling til et såpass vanskelig spørsmål og for å kunne føre en eventuell erstatningssak ved domstolene. Denne utredningen gir en rekke argumenter som kan være av betydning i et eventuelt erstatningssøksmål.

Den enkeltes muligheter til å vinne fram avhenger selvsagt av sakens faktum. Størst muligheter har antakelig de som i ung alder begynte å røyke fra midten av 1950-årene til midten av 1970-årene; befolkningen hadde da lite informasjon om helseskadene ved tobakksrøyking; tobakksindustrien hadde den gang eller burde da ha kunnet skaffe seg betydelig informasjon om lungekreft og andre helseskader ved tobakksrøyking; likevel intensiverte den en stadig mer sofistikert reklamevirksomhet.

De etterlatte etter dem som har dødd av røykerelaterte sykdommer, har antakelig enda større muligheter til å vinne fram med erstatningskrav overfor tobakksindustrien enn de som selv har røykt. Det skyldes at lærene om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko vanskelig kan føre til frifinnelse for tobakksindustrien overfor de etterlatte, se punkt 16.2.4.

### **1.20.6 Passiv røyking**

De som har vært utsatt for omfattende røykepåvirkning i arbeidsmiljøet vil vanligvis kunne kreve erstatning etter loven om yrkesskadeforsikring. Det gjelder som utgangspunkt også dem som selv har røykt. Alt etter forholdene i den enkelte sak, kan det bli spørsmål om reduksjon av erstatningen på grunn av skadelidtes medvirkning, se punkt 11.4.2, 15.2.3 og 16.2.3 om Stavanger-saken.

Utenfor yrkesskadeforsikringens område kan det bli vanskeligere å få erstatning for dem som har vært utsatt for miljørøyk. Det kan dreie seg om røyking i barnehager, skoler, kommunestyre, helseinstitusjoner og andre steder, særlig før «røykeloven» trådte i kraft 1. juli 1988.

I USA er det flere eksempler på at erstatningssaker også fra dem som har vært utsatt for passiv røyking, er blitt reist overfor tobakksindustrien. Dette kan også bli aktuelt i Norge. Her vil lærene om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko meget sjelden være et hinder mot å fremme krav om erstatning.

*Del I*  
*Kjemiske, medisinske og samfunnsmessige perspek-*  
*tiver*

## Kapittel 2

**Utviklingen av tobakksprodukter – fra enkle landbruksprodukter til høyteknologiprodukter****2.1 Trusler mot tobakksindustrien**

---

To alvorlige trusler mot tobakksindustrien preget utviklingen av tobakksprodukter i den siste halvdel av det 20. århundre. Den første truselen kom i 1950-årene da legevitsenskapen og røykerne begynte å bli oppmerksomme på at røyking kunne gi betydelige helseskader. Den andre truselen kom på slutten av 1980-årene da man etter hvert begynte å bli klar over at passiv røyking ikke bare var irriterende, men også kunne gi alvorlige helseskader.

I 1930 rapporterte forskere i Köln en statistisk sammenheng mellom kreft og røyking. I 1938 fant forskere ved John Hopkins University i Baltimore at røykere ikke levde så lenge som ikke-røykere. American Cancer Society begynte i 1944 å advare mot mulige helseskader ved røyking selv om de innrømmet at man ikke hadde noe endelig bevis for sammenheng mellom røyking og lungekreft. I 1950 ble det publisert to epidemiologiske undersøkelser som viste sammenheng mellom røyking og utvikling av lungekreft. Men det var først i 1952 etter at det amerikanske magasinet Reader's Digest (Det Beste) publiserte en artikkel som fortalte om de helsefarlige effektene ved røyking, at man ble oppmerksom på at røyking kunne gi helseskader. Effekten av denne artikkelen var enorm. Liknende artikler kom senere i andre tidsskrifter. Røykerne begynte å bli klar over helseskadene ved røyking. Det følgende år gikk tobakkssalget i USA ned for første gang på 20 år.

Tobakksindustrien benektet at røyking ga helseskader, men de var engstelig for at alle rapportene om helseskader skulle skade salget av tobakksprodukter. En betydelig satsning innen den internasjonale tobakksindustrien for videreutvikling av tobakksproduktene ble derfor satt i verk i 1950-årene. I 1954 dannet de største tobakksfabrikantene i USA «The Tobacco Industry Research Council» (TIRC) for å ta seg av den økende kunnskap om helseskader ved røyking. Med råd fra TIRC begynte sigarettfabrikantene å reklamere for at filtersigaretter og lavtjæresigaretter ga en «sunnere» røyk. Dette førte til at salget økte igjen.

Modifisering av nikotinnivå og andre helseskadelige stoffer i tobakksprodukter kan oppnås ved manipulering av tobakksplanten og bladene ved fysiske og kjemiske metoder så vel som ved forandringer av det ferdige produktet. I dette kapitlet vil hovedvekten bli lagt på å beskrive hvordan sigarettene i løpet av perioden fra 1950 og frem til i dag er blitt utviklet fra relativt enkle landbruksprodukter til kompliserte høyteknologiske produkter. Vi vil i tillegg vurdere hvilken effekt utviklingen av de moderne sigarettene har på helseskadene ved røyking.

Den andre trusselen som tobakksindustrien har møtt - helseskadene ved passiv røyking - har ført til at det har kommet forbud mot røyking på stadig flere steder, og det har etter hvert blitt mindre sosialt akseptert å røyke.

Tobakksindustrien har møtt også denne trusselen med å benekte at passiv røyking er noe helseproblem. På den annen side har denne trusselen ført til en satsing på utvikling av sigaretter hvor problemet med passiv røyking er lite. Eksempler på dette er sigarettene «Premier» og «Eclipse» hvor man i stedet for å brenne tobakk, tenner på en trekullplugg og trekker den varme luften over et materiale som avgir nikotin og en tobakkssmak, og «Accord» som bare gir røyk når røykeren tar et drag. Disse nye sigarettene har imidlertid ikke blitt noen suksess og de har ikke vært solgt her i landet. Røykerne syntes ikke at disse nye sigarettene smakte tilstrekkelig «røyk», og de følte heller ikke at de oppnådde tilstrekkelig tilfredsstillelse. «Premier», «Eclipse» og «Accord» vil derfor ikke bli omtalt her. Se nærmere i punkt 6.11.5 nedenfor. Problemer med passiv røyking vil heller ikke bli omtalt.

Videreutvikling av snus og andre røykfrie tobakksprodukter er en ytterligere strategi som tobakksindustrien har benyttet for å øke sin fortjeneste. Bruken av røykfrie tobakksprodukter i USA og Europa gikk ned i mange år etter hvert som sigarettene økte i popularitet. En årsak til dette var at mange oppfattet disse produktene som uhygieniske. Industrien satset derfor på utvikling av et snusprodukt som var mer akseptabelt for folk flest og som også kunne tiltrekke kvinner. For mange røykere ble disse produktene et alternativ til å slutte å røyke. Sykdomsrisikoen ved snus synes mindre, men likevel betydelig og de skaper en nikotinavhengighet som ser ut til å være enda sterkere enn ved røyking av sigaretter. Utviklingen av de moderne snustypene vil bli kort omtalt i dette kapitlet.

Opplysningene i dette kapitlet er i stor grad basert på informasjon i utredningene; IARC, 1985 og 1986, US Food and Drug Administration, 1996, Hoffmann og Hoffmann, 1997, Glantz og medarbeidere, 1996 og Kluger, 1996. Opplysninger som er tatt fra disse, er bare i enkelte tilfeller angitt med sideangivelse eller original henvisning.

## 2.2 Gårdsdagens tobakksprodukter

---

### 2.2.1 Tobakksplanten kommer til Europa

Tobakksplantene (nicotiana) tilhører søtvierfamilien (Solanaceae). Potetplanten, tomatplanten, pepperplanten og belladonnaplanten tilhører samme familie. Tobakksplanten er store ett-årige urter med røde, hvite eller grøngule blomster og store, brede blad som brukes til fremstilling av de ulike tobakksproduktene. De viktigste artene er *Nicotiana tabacum* og *Nicotiana rustica*. Tobakksplanten kom fra Amerika til Portugal på slutten av 1400-tallet og spredte seg i løpet av det neste århundre til størstedelen av Europa. Kommersiell dyrking av tobakk begynte i 1612 i Virginia i USA. Kineserne hevder at de dyrket og brukte tobakk lenge før Amerika ble oppdaget, men det foreligger ikke noen overbevisende dokumentasjon på at dette er riktig.

Da Columbus kom til «den nye verden» i 1492, ble han tilbudt å røyke en primitiv form for en sigar som bestod av tørkede tobakksblader som var tvinnet



sammen og omgitt av tørkede palme- eller maisblader. Noen år senere ble det rapportert at innfødte på en øy utenfor Venezuela tygget tobakk. Spanjolene tok frø med seg hjem fra Amerika, og dyrkningen av tobakksplanter i Europa begynte i Lisboa 1518. I løpet av 1500-tallet spredte dyrkningen seg til resten av Europa. Etter hvert ble tobakk dyrket i alle varme land. Kulturene lykkes best mellom 15 og 35 grader nordlig bredde, men plantene trives også i tempererte strøk og kan dyrkes helt opp til 62 grader nordlig bredde. Mest tobakk ble avlet i Vest-India, USA, Sør-Amerika og til dels Ost-India. I Europa ble tobakk dyrket særlig i Nederland, Tyskland, Ungarn og Balkan-halvøya. Det har også vært dyrket en del tobakk i Norge, særlig i Sogn. Under annen verdenskrig ble det dyrket tobakk mange steder i Norge. I dag dyrkes nærmere av verdens tobakksforbruk i utviklingslandene, ikke minst i Afrika.

Gradvis ble sigaretter og sigarer populære i Europa. I den primitive formen var sigaretter tobakk som ble stappet i et hult rør for eksempel sukkerrør eller knust tobakk rullet inn i maisblader eller andre blader. I USA fikk sigarettbruken et oppsving på 1800-tallet etter borgerkrigen da den lyse tobakken kom på markedet. Dette var tobakk som ble dyrket i delstaten Virginia og behandlet ved såkalt røyk tørring (flue-curing) slik at tobakken ble tilstrekkelig mild til å kunne røykes og inhaleres i sigaretter. På denne tiden ble sigarettene laget for hånd. En mekanisk sigarettmaskin ble tatt i bruk i 1894.

I 1911 ble monopolet til «The American Tobacco Company» brutt og flere mindre selskaper ble dannet, inklusiv RJ Reynolds. Dette selskapet introduserte i 1913 en ny sigarett som besto av en blanding av «flue-cured», tyrkisk og burley tobakk. Tidligere var burley tobakk brukt vesentlig i skråtobakk. Etter at denne nye sigaretten ble utviklet og introdusert i svære annonsekampanjer, økte forbruket av sigaretter kraftig i USA. Under og like etter annen verdenskrig kom det igjen en dramatisk økning i tobakkssalget. Sigaretter ble inkludert i soldatenes rasjoner (på samme måte som mat). Tobakksfabrikanterne ga millioner av sigaretter gratis til soldatene, og de fikk dermed en mengde lojale kunder. Bruken av sigaretter er således et 20. århundre fenomen. Sykdommer som lungekreft og emfysem var relativt sjeldne i begynnelsen av 1900-tallet.

I de senere årene har tobakksindustrien økt satsningen på snus. Dette skyldes delvis at sigarettøyking etter hvert er blitt mindre sosialt akseptert.

### **2.2.2 Dyrking og behandling av tobakk**

Tobakksfrø blir sådd ut, og de unge plantene som vokser opp fra frøene, blir plantet ut i lange rader på en bearbeidet mark. For å få store og velformede blad, kniper man av blomstene. Metodene for å høste og modne tobakk varierer for de ulike tobakkstypene. Det er to prinsipielt forskjellige metoder for å høste tobakk. Ved den ene metoden blir de enkelte bladene høstet etter hvert som de modnes. To eller tre blader kuttes om gangen fra bunnen av plantene. Ved den andre metoden høstes hele planten ved å kutte stilken nær bakken.

Det er flere metoder for å tørke tobakk. Røyk- tørring (flue-curing) og luft- tørring (air-curing) er de viktigste (se tabell 2.1). Ved røyktørring høstes bladene etter hvert som de modnes og tobakken tørkes ved kunstig varme og på en slik måte at det ikke kommer røyk i kontakt med bladene. Ved luft- tørring høstes hele planten og det brukes lite eller ingen kunstig varme. Det

skilles ofte mellom lys lufttørking (light air-curing) og mørk lufttørking (dark air-curing). I tillegg er det enkelte mindre brukte metoder som bälttørking (fire-curing) hvor tobakken delvis modnes med varme fra åpen flamme ved et bål på låvegulvet slik at røyken kommer i kontakt med tobakksbladene. Ved soltørking (sun-curing) blir tobakken hengt på et stativ i solen. Ved orientalsk tobakk brukes en kombinasjon av de to siste metodene.

Etter tørkingen bantes bladene sammen og legges i stabler for å gjære. Under gjæringen og ved den videre bearbeidelsen tilsettes tobakken en rekke ulike stoffer bl.a. for å påvirke smaken på røyken av tobakken og for å holde på fuktigheten. Videre tilsettes stoffer som påvirker surhetsgraden av tobakksrøyken og tobakken. Når gjæringen er slutt, er tobakken ferdig til å pakkes.

Kvaliteten av tobakken avhenger av jordsmonnet der tobakken dyrkes og fremgangsmåte ved tørking og gjæring.

**Tabell 2.1: Tobakkstyper, høsting og modning**

Tobakkstype (vanlig navn)	Høsting	Metoder for tørking
«Flue-cured», lys tobakk, Virginia	Modne blad	«Flue-curing»
Burley, Maryland, mørk tobakk	Hele planten	«Air-curing» light air-curing dark air-curing
«Fired-cured»	Hele planten	«Fire-curing»
«Sun-cured»	Hele planten	«Sun-curing»
Aromatisk, orientalsk, tyrkisk	Modne blad	Kombinert «sun-curing» og «air-curing»

Den videre bearbeidelse av tobakken foregår i fabrikker i de forskjellige land. Metodene og tilsetningene under og etter gjæringen avhenger om tobakken skal brukes til fremstilling av sigaretter, tobakk for håndrullede sigaretter (rullings), pipetobakk, sigarer, snus eller skråtobakk. Ved fremstilling av de forskjellige tobakksproduktene blir ofte ulike tobakker blandet.

### 2.2.3 Kjemikalierester og tilsetningstoffer

*Kjemikalier brukt under dyrking*. Mange kjemikalier brukes eller har vært brukt i dyrking av tobakk for å hindre at kvaliteten forringes som følge av sopp- eller skadedyrangrep. Arsenholdige plantevernmidler ble brukt ved dyrking av tobakk i USA fra 1917 til 1951, og arseninnholdet i amerikanske sigaretter økte i denne perioden fra 10 til 50 g/g. I 1952 ble arsenforbindelsene fjernet fra listen av anbefalte skadedyrmidler for tobakk, og arseninnholdet i amerikanske tobakkstyper ble redusert til 0,5–1 g/g i 1968. Undersøkelser av hovedstrømsrøyken har vist at 12–14 % av det totale arseninnholdet i tobakksblader finnes igjen i hovedstrømsrøyken. Eksempler på landbrukskjemikalier i tobakksrøyk er kaptan, karbaryl, DDT, endrin, malation, maleinhydrazid og tiodan. Det ble slutt på bruken av klorerte hydrokarbon-planevernmidler (DDT, endrin, aldrin, dieldrin m.fl.) i dyrkingen av tobakk i USA på slutten av 1960-tallet. Dette førte til en kraftig reduksjon i det totale DDT-innholdet i tobakksblader. Således fant man i 1968 52 g/g DDT, og dette gikk ned til 6 g/g i 1970 og 0,23 g/g i 1974. Tiodan (endosulfan) gir klorobenzener og høyere

klorerte benzener ved pyrrolyse. Metylbromid har i enkelte tilfeller vært brukt ved behandling av tobakksfrø. Metylbromid har vært påvist i hovedstrømsrøyk.

*Fuktighetsbevarende stoffer.* De viktigste fuktighetsbevarende stoffene som har vært brukt i sigaretter, er propylenglykol og glyserol og i mindre utstrekning dietylenglykol, trietylenglykol og sorbitol. Konsentrasjonene av disse fuktighetsbevarende stoffene i sigaretter kan komme opp i flere prosent. Av stoffene overføres 3–6 % til hovedstrømsrøyken ved røyking av sigaretter og opptil 35–43 % ved røyking av piper. Omkring 5,2 % av glyserol kommer i hovedstrømsrøyken uavhengig av konsentrasjonen i tobakken.

*Tobakk «casings».* Før tobakken kuttet blir sigarettobakk vanligvis behandlet med «casing» unntatt når dette er forbudt ved lov. «Casingssaus» består primært av sukker, fuktighetsbevarende stoffer og/eller aromatiske stoffer. For enkelte produkter som pipetobakk, utgjør «casing» opptil 30 % av vekten.

*Smaksfremmende stoffer.* For å øke smaken på røyken blir ofte flere typer tobakk blandet og ekstrakter fra andre planter eller andre stoffer som kumarin, tilsatt tobakken. Stoffe som øker smaken er spesielt viktige på produkter som er beregnet å gi fortynnet røyk for eksempel lavtjæresigaretter. I tillegg blir pH-regulerende stoffer som ammoniakk tilsatt for å kontrollere mengden med tilgjengelig nikotin i røyken.

#### 2.2.4 Kjemisk sammensetning av røyken fra ikke-filter sigaretter

Det er vanlig å skille mellom såkalt hovedstrømsrøyk og sidestrømsrøyk. Hovedstrømsrøyken er den røyken som røykeren får i seg når han suger på sigaretten, mens sidestrømsrøyken er den røyken som kommer fra sigarettene mellom dragene. Hovedstrømsrøyken og sidestrømsrøyken inneholder de samme kjemiske stoffene, men de relative mengdene av de ulike stoffene varierer. På samme måte inneholdt 1940- og 1950-årenes sigaretter de samme kjemiske stoffene som dagens høyteknologisigaretter, men de relative mengdene kan variere. Det kan igjen føre til at den relative betydningen av ulike sykdommer ved røyking forandrer seg. Det skal også påpekes at utviklingen av de moderne sigarettene i første rekke har påvirket hovedstrømsrøyken og har hatt liten effekt på sidestrømsrøyken.

De fleste undersøkelser av hovedstrømsrøyken fra sigaretter er utført med en standard metode som benyttes av US Federal Trade Commission. Ved denne metoden røykes sigaretten i en røykemaskin. Hvert drag har et volum på 35 ml og varer i 2 sekunder. Mellom hvert drag er det 60 sekunder og røykingen avsluttes med en stump på 34 mm. Det medfører at maskinen tar omkring 8 drag per sigarett med et totalvolum på ca 280 ml.

Sigaretttrøyk består av flyktige stoffer i en gassfase og partikler som har bundet halvflyktige og ikke-flyktige kjemiske forbindelser (partikkelfase). Hovedstrømsrøyken fra en sigarett veier 400–500 mg og består av omkring  $10^9$  (en milliard) partikler per ml med en diameter fra 0,1 til 1,0  $\mu$ m (tusendels mm) (gjennomsnittsdiameter 0,25  $\mu$ m). Omkring 95 % av vekten fra hovedstrømsrøyken kan gjøres rede for ved 400–500 forbindelser i gassfasen. De siste 5 % består av mer enn 3.500 individuelle komponenter i partikkelfasen. I tabellene 2.2 og 2.3 er angitt hovedkomponentene i hovedstrømsrøyken fra en ikke-filter sigarett.

**Tabell 2.2: Hovedkomponenter i gassfasen av hovedstrømsrøyken ved en ikke-filter sigarett (Tatt fra Hoffmann og Hoffmann, 1997)**

Kjemisk forbindelse	Mengde per sigarett(% av total mengde)
Nitrogen	280–320 mg (56–64 %)
Oksygen	50–70 mg (11–14 %)
Karbondioksid	45–65 mg (9–13 %)
Karbonmonoksid	14–23 mg (2,8–4,6 %)
Vann	7–12 mg (1,4–2,4 %)
Argon	5 mg (1,0 %)
Hydrogen	0,5–1,0 mg
Ammoniakk	10–130 g
Nitrogenoksider (NO <sub>x</sub> )	100–600 g
Hydrogencyanid	400–500 g
Hydrogensulfid	20–90 g
Metan	1,0–2,0 mg
Andre flyktige alkaner (20) <sup>a</sup>	1,0–1,6 mg <sup>b</sup>
Flyktige alkener (16)	0,4–0,5 mg
Isopren	0,2–0,4 mg
Butadien	25–40 g
Acetylen	20–35 g
Benzen	6–70 g
Toluen	5–90 g
Styren	10 g
Andre flyktige aromatiske hydrokarboner (29)	15–30 g
Maursyre	200–600 g
Eddiksyre	300–1700 g
Propionsyre	100–300 g
Metylformat	20–30 g
Andre flyktige syrer (6)	5–10 g <sup>b</sup>
Formaldehyd	20–100 g
Acetaldehyd	400–1400 g
Akrolein	60–140 g
Andre flyktige aldehyder (6)	80–140 g
Aceton	100–650 g
Andre flyktige ketoner (3)	50–100 g
Metanol	80–180 g
Andre flyktige alkoholer (7)	10–30 g
Acetonitril	100–150 g
Andre flyktige nitriler (10)	50–80 g <sup>b</sup>

**Tabell 2.2: Hovedkomponenter i gassfasen av hovedstrømsrøyken ved en ikke-filter sigarett (Tatt fra Hoffmann og Hoffmann, 1997)**

Kjemisk forbindelse	Mengde per sigarett(% av total mengde)
Furan	20–40 g
Andre flyktige furaner (4)	45–125 g <sup>b</sup>
Pyridin	20–200 g
Pikoliner (3)	15–80 g
3-Vinylpyridin	7–30 g
Andre flyktige pyridiner (25)	20–50 g <sup>b</sup>
Pyrrol	0,1–10 g
Pyrrolidin	10–18 g
N-Metylpyrrolidin	2,0–3,0 g
Flyktige pyraziner (18)	3,0–8,0 g
Metylamin	4–10 g
Andre alifatiske aminer (32)	3–10 g

<sup>a</sup> Tall i parentes viser antall individuelle komponenter identifisert innen en gruppe<sup>b</sup> Beregnet**Tabell 2.3: Hovedkomponenter i partikkelfasen til hovedstrømsrøyken fra en ikke-filtersigarett (Tatt fra Hoffmann og Hoffmann, 1997 og Löfroth og Zebühr, 1992)**

Kjemisk forbindelse	Mengde per sigarett g
Nikotin	100–3000
Nornikotin	5–150
Anatabin	5–15
Anabasin	5–12
Andre tobakkalkaloider (17) <sup>a</sup>	n.a. <sup>d</sup>
Bipyridyl (4)	10–30
n-Hentriakontan (n-C <sub>31</sub> H <sub>64</sub> )	100
Total mengde ikke-flyktige hydrokarboner (45) <sup>b</sup>	300–400 <sup>b</sup>
Naftalen	2–4
Andre naftalener (23)	3–6 <sup>b</sup>
Fenantrener (7)	0,2–0,4 <sup>b</sup>
Antracener (5)	0,05–0,1 <sup>b</sup>
Fluorener (7)	0,6–1,0 <sup>b</sup>
Pyrener (6)	0,3–0,5 <sup>b</sup>
Fluorantener (5)	0,3–0,45 <sup>b</sup>
Kreftfremkallende polycykliske aromatiske hydrokarboner (11) <sup>c</sup>	0,1–0,25
Fenol	80–160
Andre fenoler (45) <sup>b</sup>	60–180 <sup>b</sup>

**Tabell 2.3: Hovedkomponenter i partikkelfasen til hovedstrømsrøyken fra en ikke-filtersigarett (Tatt fra Hoffmann og Hoffmann, 1997 og Löfroth og Zebühr, 1992)**

Kjemisk forbindelse	Mengde per sigarett g
Katekol	200–400
Andre katekoler (4)	100–200 <sup>b</sup>
Andre dihydroksybenzener (10)	200–400 <sup>b</sup>
Skopoletin	15–30
Andre polyfenoler (8) <sup>b</sup>	n.a.
Cyklotener (10) <sup>b</sup>	40–70 <sup>b</sup>
Kinoner (7)	0,5
Solanesol	600–1000
Neofytadiener (4)	200–350
Limonen	30–60
Andre terpenener (200–250) <sup>b</sup>	n.a.
Palmitinsyre	100–150
Stearinsyre	50–75
Oljesyre	40–110
Linoleinsyre	150–250
Linolensyre	150–250
Melkesyre	60–80
Indol	10–15
Skatol	12–16
Andre indoler (13)	n.a.
Kinoliner (7)	2–4
Andre aza-arener (55)	n.a.
Benzofuraner (4)	200–300
Andre O-heterosykliske forbindelser (42)	n.a.
Polyklorerte dibenzo-p-dioksiner (5)	39 pg
Stigmasterol	40–70
Sitosterol	30–40
Kampesterol	20–30
Kolesterol	10–20
Anilin	0,36
Toluidiner	0,23
Andre aromatiske aminer (12)	0,25
Tobakk-spesifikke N-nitrosaminer (6) <sup>c</sup>	0,34–2,7
Glyserol	120

<sup>a</sup> Tall i parentes viser antall individuelle komponenter identifisert innen en gruppe<sup>b</sup> Estimat<sup>c</sup> TSNA, tobakksespesifikke nitrosaminer dannet fra nikotin og andre tobakkalkaloider<sup>d</sup> n.a., kvantitative data ikke tilgjengelig

En rekke kreftfremkallende stoffer er blitt påvist i tobakksrøyk. Tabell 2.4 viser mengden av kreftfremkallende stoffer i en ikke-filtersigaret. Vurdering av kreftfremkallende effekter er gjort av International Agency for Research on Cancer (IARC) som er et kreftforskningsinstitutt under Verdens helseorganisasjon (WHO). Tabellen viser at sigarett røyk inneholder mange grupper med kreftfremkallende stoffer som for eksempel polysykliske aromatiske hydrokarboner, aza-arener, nitrosaminer, aromatiske aminer, heterosykliske aminer, polyklorinerte dibenzo-p-dioksiner som dioksin (TCDD) og aldehyder. Mange av de kreftfremkallende stoffene er i Norge klassifisert av myndighetene som høypotente. En del av nitrosaminene er spesifikke for tobakk.

### 2.2.5 Tobakksprodukter som selges i Norge

De to viktigste tobakksproduktene som brukes i Norge er i dag sigaretter og snus. Spesielt for Norge er at omkring halvparten av sigarettene som røykes, er håndrullede (rullings).

*Sigaretter.* Ordet sigarett betyr egentlig liten sigar. Sigaretten består av fin-skåret tobakk omgitt av et tynt papir. Tobakken tilvirkes i maskiner som en tynn rull og føres deretter gjennom et rør ut i et papir som vikles om rullen, sigaretten skjæres så av i den ønskede størrelse etter å ha blitt gummiert og sammenklebet. En sigarett er 60 til 120 mm lang og mellom 20 og 30 mm i omkrets og veier 500 til 1200 mg. Før tobakken kappes opp blir den tilsatt en «saus» som består av bl.a. smaksstoffer og fuktighetsbindende stoffer. Før første verdenskrig var den vanligste sigarettobakken i Europa orientalsk, dvs. egyptisk, gresk, makedonsk, bulgarsk og tyrkisk. Etter den annen verdenskrig har det blitt mer vanlig med amerikansk sigarettobakk og en blanding av orientalsk og Virginia-tobakk.

*Rullings* lages av pipetobakk (se nedenfor). Ofte brukes tobakk som er fremstilt spesielt for rullings. Denne tobakken er bl.a. skåret finere enn pipetobakk. Tobakken rulles med hånd inn i sigarettpapir. Det selges også små håndholdte apparater for fremstilling av rullings. Det kan kjøpes «sigarettformer» med filter som stappes med tobakken, men størstedelen av all rullings som røykes har ikke filter.

*Sigarer.* Sigarer består av en kjerne med kuttet tobakk som er omgitt av tobakksblader. Sigarer fremstilles av lufttørkede og gjærete tobakkssorter. Lukten og smaken på sigarene avhenger i stor grad av gjæringen. Sigarer varierer i form, lengde og diameter. De største sigarene kan inneholde mer enn 10 g tobakk. Siden 1970 har man i enkelte

**Tabell 2.4: Kreftfremkallende stoffer i sigarett røyk fra ikke-filter sigaretter**

Kjemisk forbindelse	I tobakks- produkter <sup>b</sup> (per gram)	I hovedstrøms- røyk <sup>b</sup> (per sigarett)	IARC evaluering av holdepunkt for kreftfremkallende effekt <sup>a</sup>		
			Holdepunkt fra forsøks-dyr	Holdepunkt fra menneske	Klassifisering

PAHs <sup>c</sup>

**Tabell 2.4: Kreftfremkallende stoffer i sigarettøyk fra ikke-filter sigaretter**

Kjemisk forbindelse	I tobakks- produkter <sup>b</sup> (per gram)	I hovedstrøms- røyk <sup>b</sup> (per sigarett)	IARC evaluering av holdepunkt for kreftfremkallende effekt <sup>a</sup>		
			Holdepunkt fra forsøks-dyr	Holdepunkt fra menneske	Klassifisering
Benz(a)antrasen		20–70 ng	S	-	2A
Benzo(b)fluoranten		4–22 ng	S	-	2B
Benzo(j)fluoranten		6–21 ng	S	-	2B
Benzo(k)fluoranten		6–12 ng	S	-	2B
Benso(a)pyren	0,1–90 ng	20–40 ng	S	-	2A
Dibenz(a,h)antrasen		4 ng	S	-	2A
Dibenz(a,i)pyren		1,7–3,2 ng	S	-	2B
Dibenzo(a,l)pyren		Tilstede	S	-	2B
Indeno(1,2,2-cd)pyren		4–20 ng	S	-	2B
5-Metylkrysen		0,6 ng	S	-	2B
Aza-arener					
Dibenz(a,h)akridin		0,1 ng	S	-	2B
Dibenz(a,j)akridin		3–10 ng	S	-	2B
7H-Dibenzo(c,g)karbasol		0,7 ng	S	-	2B
N-Nitrosaminer					
N-Nitrosodimetylamin	ND-215 ng	0,1–180 ng	S	-	2A
N-Nitrosoetylmetylamin		3–13 ng	S	-	2B
N-Nitrosodietylamin		ND-2,8 ng	S	-	2A
N-Nitrosopyrrolidin	5–50 ng	3–60 ng	S	-	2B
N-Nitrosodietanolamin	50–3000 ng	ND-68 ng	S	-	2B
N-Nitrososarkosin	20–120 ng		S	-	2B
N-Nitrosonornikotin	0,3–89 g	0,12–3,7 g	S	-	2B
4-(Metylnitrosamino)-3-(pyridyl)-1-butanon	0,2–7 g	0,08–0,77 g	S	-	2B
N-Nitrosomorfolin	ND-690 ng		S	-	2B
Aromatiske aminer					
2-Toluidin		30–200 ng	S	I	2B
2-Naftylamin		1–22 ng	S	S	1
4-Aminobifenyl		2–5 ng	S	S	1
N-Heterosykliske aminer					
AaC		25–260 ng	S	-	2B
MeAaC		2–37 ng	S	-	2B
IQ		0,26 ng	S	I	2A
Trp-P-1		0,29–0,48 ng	S	-	2B
Trp-P-2		0,82–1,1 ng	S	-	2B



**Tabell 2.4: Kreftfremkallende stoffer i sigarettøyk fra ikke-filter sigaretter**

Kjemisk forbindelse	I tobakks- produkter <sup>b</sup> (per gram)	I hovedstrøms- røyk <sup>b</sup> (per sigarett)	IARC evaluering av holdepunkt for kreftfremkallende effekt <sup>a</sup>		
			Holdepunkt fra forsøks-dyr	Holdepunkt fra menneske	Klassifisering
Glu-P-1		0,37–0,89 ng	S	-	2B
Glu-P-2		0,25–0,88 ng	S	-	2B
PhIP		11–23 ng	S	I	2B
<b>Aldehyder</b>					
Formaldehyd	1,6–7,4 g	70–100 g	S	L	2A
Acetaldehyd	1,4–7,4 g	18–1400 g	S	I	2B
<b>Forskjellige organiske forbindelser</b>					
1,3-Butadien		20–75 g	S	L	2A
Isopren		450–1000 g	S	I	2B
Benzen		12–70 g	S	S	1
Styren		10 g	L	I	2B
Vinylklorid		1–16 ng	S	S	1
DDT <sup>d</sup>	20–13.400 ng	800–1200 ng	S	I	2B
Akrylnitril		3,2–15 g	S	I	2B
Akrylamid		Tilstede	S	I	2A
1,1-Dimetylhydrazin	60–147 ng		S	-	2B
2-Nitropropan		0,73–1,21 g	S	-	2B
Etylkarbamat	310–375 ng	20–38 ng	S	I	2B
Etylenoksid		7 g	S	L	1
Di(2-etylheksyl)ftalat	Tilstede	20 g	S	-	2B
Furan		18–30 g	S	I	2B
Benzo(b)furan		Tilstede	S	I	2B
Tetraklordibenzo-p-dioksin (TCDD)		Tilstede	S	L	1
<b>Uorganiske forbindelser</b>					
Hydrazin	14–51 ng	24–43 ng	S	I	2B
Arsenikk	500–900 ng	40–120 ng	L	S	1
Nikkel	2000–6000 ng	0–600 ng	S	S	1
Krom	1000–2000 ng	4–70 ng	S	S	1
Kadmium	1300–1600 ng	41–62 ng	S	S	1
Bly	8–10 g	35–85 ng	S	I	2B
Polonium-210 <sup>e</sup> (datter- produkt av radon)	0,2–1,2 pCi	0,03–1,0 pCi	S	S	1

<sup>a</sup> -, data ikke tilgjengelig for evaluering; I, utilstrekkelige data til å evaluere; L, begrensede holdepunkter for kreftfremkallende effekt; S, tilstrekkelige holdepunkter for kreftfremkallende effekt; 2B, mulig humant karsinogen; 2A, sannsynlig humant karsinogen; 1, humant karsinogen.

<sup>b</sup> N.D., ikke påvist

<sup>c</sup> PAH, polysykliske aromatiske hydrokarboner; AaC, 2-amino-9 *H*-pyrido[2,3-*b*]indol; MeAaCm 2-amino-3-metyl-9 *H*-pyrido[2,3-*b*]indol; IQ, 2-amino-3-metylimidazo[4,5-*b*]kinolin; Trp-P-1, 3-amino-1,4-dimetyl-5 *H*-pyrido[4,3-*b*]indol; Trp-2, 3-amino-1-metyl-5 *H*-pyrido[4,3-*b*]indol; Glu-P-1, 2-amino-6-metyl[1,2-*a*:3',2'-*d*]imidazol; Glu-P-2, 2-amino- dipyrido[1,2-*a*:3',2'-*d*]imidazol; PhiP, 2-amino-1-metyl-6-phenylimidazo[4,5-*b*]pyridin

<sup>d</sup> DDT er nå < 60 ng

<sup>e</sup> Klassifisering av radon

land produsert «små-sigarer» som i hovedsak er fremstilt av sigartobakk omgitt av sigarettpapir som har blitt mettet med tobakkssaus. Disse «småsigarene» veier under 1,5 g. Cigarillos er små sigarer som er åpne i begge ender og som veier 1,5 til 3 g.

*Pipetobakk.* Pipetobakk er blandinger av opptil 20 – 25 forskjellige tobakkssorter. Noen av de mest populære merkene, spesielt i USA, er laget av bare «burley» tobakk. Ofte tilsettes sauser som inneholder smaksstoffer, sukker og fuktighetsbindende stoffer. Enkelte pipetobakker kan inneholde opptil 30 % tilsetningsstoffer. Pipetobakk er ofte mer alkalisk enn sigarettobakk.

*Skråtobakk.* I Europa og USA selges det flere typer skråtobakk. For fremstilling brukes ulike typer tobakk og tilsetningsstoffer samt produksjonsprosesser. Skråtobakk selges ofte som små stenger som kappes før de puttes i munnen. Skråtobakk kalles ofte tyggetobakk. I motsetning til snus holdes ikke skråtobakk på plass et sted i munnen, men flyttes rundt i munnen. Enkelte typer av finkuttet røykfri tobakk hadde tidligere betegnelsen skråtobakk, men regnes nå som snus.

*Snus.* I Sverige fremstilles snus fra mørk Kentucky og Virginia tobakk som er sterkere enn de typene som brukes i sigaretter. Snustobakk blir vanligvis gjæret og tilsatt ulike tilsetningsstoffer før den blir kuttet og tilsatt oljer. Tidligere ble snus i Skandinavia og Storbritannia brukt som fint pulver som ble inhalert gjennom nesen. Siden slutten på 1900-tallet har man i Norge og Sverige vesentlig brukt snus som man putter bak overleppen. I de senere årene har snus i små «engangs» forpakninger blitt vanlig.

## 2.3 Videreutvikling av tobakksproduktene

### 2.3.1 Nødvendigheten av å opprettholde et tilstrekkelig nikotinnivå

Utviklingen av den moderne sigaretten har særlig pågått etter 1950 da forbrukerne, spesielt i USA, etterhvert begynte å bli oppmerksomme på at bruk av tobakk kunne føre til helseskader. Tobakksindustrien har hatt to målsetninger i utviklingen av de moderne høyteknologiske tobakksproduktene. Den ene målsetningen var at de nye tobakksproduktene skulle fremstå som mindre helseskadelige. Tobakksindustrien har selv vært forsiktige med å bruke ordet helseskadelig og har gitt inntrykk av at utviklingen har kommet for å tilfredsstille publikums ønsker. I arbeidet med tilsynelatende å gjøre tobakksproduktene mindre helseskadelige, har industrien prøvd å redusere tjæreproduktene i sigarettøyken og mengden tobakksspesifikke nitro-

saminer i snus. På den andre siden har tobakksindustrien visst at skal de fortsatt kunne holde på sine kunder og få nye kunder, var det «nødvendig» at tobakksproduktene ga brukerne en tilstrekkelig mengde med nikotin. Den andre målsetningen har vært å øke lønnsomheten.

Når en person røyker en sigarett, skjer det et direkte opptak av nikotin fra røykholdig luft i lungeblærene. Nikotin kommer så i høy konsentrasjon over i blodomløpet og fraktes med blodet til hjernen. Nikotin likner kjemisk på det naturlige signalstoffet acetylkolin og vil aktivere acetylkolinreseptorene. Dopamin er et annet signalstoff i hjernen (neurotransmitter). Dopamin frigjøres når nikotin bindes til acetylkolinreseptorene. Frigjøring av dopamin i hjernen gir en nytelsesfølelse. I tillegg skapes det avhengighet. Mekanismene som ligger til grunn for den avhengighetsskapende effekten av nikotin er svært like mekanismene som skaper avhengighet av heroin og kokain.

Nikotin er et naturlig forekommende alkaloid i tobakksplanten. Nikotin er imidlertid ikke en nødvendig bestanddel av moderne sigaretter. Dagens teknologi gjør det mulig å fjerne nesten all nikotin fra sigaretten. Det er imidlertid helt nødvendig for tobakksindustriens eksistens at de produktene som selges, inneholder en tilstrekkelig mengde nikotin til å gi brukerne den ønskede tilfredsstillelsen og til å opprettholde nikotinavhengigheten blant røykere samt skape avhengighet hos nye brukere. Bilag 1 inneholder uttalelser fra representanter fra tobakksindustrien som illustrerer behovet for å opprettholde nikotinnivået i sigarettene (se også kapittel 6 nedenfor, særlig punkt 6.8 og 6.9).

Det optimale nivået av nikotin i hovedstrømsrøyken er ikke tilfeldig valgt. Nikotinnivået som røykeren får ved å røyke en sigarett kan justeres ved å forandre pH (surhetsgraden) i sigarettene. pH påvirker opptaket av nikotin ved å påvirke mengden med «fri» (ikke-ionisert) nikotin i motsetning til «bundet» (ionisert) nikotin. Fri nikotin tas opp raskere av røykeren enn bundet nikotin. Ved å øke mengden med fri nikotin, blir mer nikotin tilgjengelig og muligheten for avhengighet øker. Mengden med «fri» nikotin kan reguleres ved tilsetning av ammoniakk. Philip Morris introduserte bruk av ammoniakk i deres sigaretter så tidlig som 1965, og meget raskt økte salget av Philip Morris merker, spesielt «*Marlboro*». Senere har tilsetning av ammoniakk blitt brukt av de aller fleste tobakksprodusenter.

### 2.3.2 Modifisering av tobakksplanten og dyrkningsbetingelsene

Faktorer som dyrkningsbetingelser, gjødsling, antall blader per plante, modning før høsting og tørking samt videre bearbeiding av tobakken påvirker sammensetningen av det ferdige produktet. Disse ulike faktorene er blitt studert i detalj for å oppnå ønskede egenskaper og god økonomi.

Tobakksindustriens manipulering av nikotin begynner lenge før de tørkede tobakksblader når fabrikkene. De karakteristiske egenskapene ved tobakksbladene inklusiv nikotinnivået etableres ved den arvelige bakgrunnen til plantene, utviklingen gjennom vekstfasen og behandling etter høsting. Som med andre landbruksprodukter kan de fysiske og kjemiske egenskapene til tobakksbladene inklusiv nikotininnhold variere meget avhengig av arvelige forskjeller, jordtype og vekststed. Eksempelvis vil bruk av nitrogenholdige gjødningsstoffer øke nitratinnholdet i bladene til tobakksplantene og dermed konsentrasjonen av NO<sub>x</sub> i røyken.

I USA brukes i hovedtrekk 5 typer tobakk: Burley, røyktørket (flue-cured), Maryland, mørk tobakk og orientalsk. Disse tobakkstypene varierer både i nikotininnhold og surhetsgrad (pH). Burley tobakk inneholder ofte det høyeste nikotinnivået, og det har en alkalisk pH. Røyktørket tobakk representerer den viktigste tobakken i amerikanske sigaretter. Sammenliknet med andre tobakkstyper har røyktørket tobakk et middels nikotinnivå og er litt sur (lavere pH). Maryland tobakk har et lavt nikotininnhold sammenliknet med de andre typene og har en alkalisk pH (høy pH). Mørk tobakk gir en alkalisk røyk og brukes i skråtobakk og mange pipetobakksblandinger. Orientalsk tobakk dyrkes i Europa og Tyrkia og har en karakteristisk aroma. Den har lavt nikotininnhold og lav pH. Amerikansk tobakk har fått et økende nikotininnhold siden 1950-årene. Således fra 1955 til 1980 har nikotininnholdet i Burley økt fra 2,9 til 3,2 % og i røyktørket tobakk fra 1,9 til 3,1 %.

Industrien har aktivt arbeidet for å øke nikotinnivået i tobakksplantene. Brown & Williamson brukte en kombinasjon av konvensjonell og høyteknologisk genetisk teknikk for å utvikle en høynikotin tobakksplante kalt Y-1 midt på 1970-tallet. Se nærmere i punkt 6.9.2 nedenfor. Y-1 har omkring 2 ganger det nikotinnivået man finner i amerikansk røyktørket tobakk. Tobakksindustrien har innrømmet at Y-1 ble fremstilt for at industrien skulle kunne lage produkter som hadde lavere tjæreinnhold uten at nikotininnholdet ble redusert. Y-1 er blitt brukt kommersielt i flere amerikanske sigaretter og utgjorde 10 % av tobakken i disse produktene. Disse produktene ble solgt i USA i 1993.

### 2.3.3 Bearbeiding av tobakksplanten

*Rekonstituert tobakk.* Fremstillingen av rekonstituert tobakk har gitt muligheten til også å benytte andre deler av tobakksplanten enn bladene i tobakksprodukter. Teknikken med fremstilling av rekonstituert tobakk ble tatt i kommersiell bruk tidlig på 1950-tallet, først for fremstilling av sigarer og senere for sigaretter. Rekonstituert tobakk fremstilles ved en prosess som likner fremstilling av papir og man benytter deler av tobakksblader som ellers ville ha blitt kastet samt bladstilkene. Produktet inneholder mer cellulose og noe mindre nitrogenforbindelser og alkaloider. I dag inneholder mange sigarettmerker 20–30 % rekonstituert tobakk.

*Ekspondert tobakk.* Tidlig på 1970-tallet ble det introdusert en ny metode for fremstilling av sigarettobakk, nemlig ekspandert eller frysetørret tobakk. Modifiseringen gjør at man trenger mindre tobakk per sigarett. Prinsippet er at man utvider celleveggene i tobakk ved en rask avdamping av vann og andre stoffer som er tilsatt tobakk. Dette gir en rask økning i trykket i cellen. For å fylle en 85 mm filtersigarett (21,8 mm omkrets) med 100 % ekspandert tobakk kreves det 363 mg tobakk og det gir 12,4 mg tjære. En kontrollsigarett med vanlig tobakk krever 667 mg tobakk og gir 21,7 mg tjære.

Røyken fra den ekspanderte tobakken inneholder relativt større mengder med nitrogenoksider enn røyken fra annen tobakk. Dette fører til at røyken fra disse sigarettene har relativt høyt innhold av flyktige kreftfremkallende nitrosaminer.

### 2.3.4 Utvikling av filter og sigarettpapir

I 1931 kom den første fabrikkfremstilte sigaretten med filter. Filteret som bestod av bomull ble manuelt festet på sigaretten. Fem år senere kom « Vice-

*roy*» som var det første større sigarettmerket med filter. Det var et filter av celluloseacetat og sigaretten ble introdusert som en sigarett med et filter som ga: « *A mild, clean smoke with health benefits resulting from filtration* ». Ikke-filter-sigaretter med høyt tjære- og nikotininnhold i røyken ble brukt på den tiden. Filtersigaretterne hadde et meget lite marked. Således utgjorde salget av filter-sigaretter i 1950 i USA bare 0,5 % av sigarettssalget. Flere filtersigaretter ble markedsført etter at man i 1950-årene ble klar over de helseskadende effekter av røyking, og tobakksindustrien begynte å satse på filtersigaretter. Utvikling av de lette sigarettene ble intensivert i USA etter Surgeon General's Report i 1964.

I annonsene for filtersigaretterne sto det ikke at filteret fjerner stoffer som bidro til hjertesykdommer eller lungesykdommer, men annonsene understreket påstander som « *ren røyking, snehvit, ren, mirakeltip* » og andre utsagn ga inntrykk av beskyttelse av helsen. I 1952 introduserte Lorillard sigaretten « *Kent* » med « *Micronite* » filter, og på pressekonferansen ble det sagt at « *Micronite* » filter gir den største beskyttelsen av helsen i sigarettens historie. Filteret bestod av krokidolitt som er en asbesttype og man har senere kunnet vise at ved røyking av « *Kent* », inhalerer røykerne en signifikant mengde med asbestfibre. Salget av « *Kent* » ble stoppet i 1956. I dag er en rekke av arbeiderne som fabrikerte filteret døde av asbestindusert kreft.

En rekke ulike filtermaterialer er blitt utprøvd av tobakksindustrien. Celluloseacetat er det mest brukte materialet i filtertippen på sigarettene, men det brukes også trekullfiltre. Sammenliknet med ikke-filter sigaretter inneholder hovedstrømsrøyken fra filtersigaretter mindre partikler, nikotin og fenoler, mens innholdet av karbonmonoksid kan være høyere. De fleste moderne filtre varierer i lengde mellom 12 og 30 mm og består av celluloseacetat eller cellulose-«*strie*» eller kreppapir. De fleste filtermaterialene tilsettes en mykgjører som trietylen glyceroldiacetat eller glyceroltriacetat. Filterne kan lages enten fra et enkelt filtermateriale eller som et sammensatt filter som kombinerer celluloseacetat og cellulosepapir, aktivt trekull og/eller andre absorberende stoffer. I 1979 utgjorde salget av filtersigaretter 90 % av sigarettssalget i USA og i 1993 var andelen kommet opp i 97 %.

I begynnelsen av 1970-årene begynte tobakksindustrien å perforere filtertippen ved å stikke en eller flere rader med små hull rundt filteret for dermed å fortynne hovedstrømsrøyken. Perforeringen gjøres nå ofte ved bruk av laser. Når røykeren tar et drag, vil røyken som suges inn fortynnes med luft. Dette betyr også at sigaretten brenner langsommere enn en ikke-perforert sigarett når røykeren tar et drag. Dette fører til en reduksjon av karbonmonoksid, nitrogenoksider og tjære, mens nikotinmengden påvirkes mindre. Med økende ventilasjon forbrenner mer av tobakken mellom dragene og forholdet mellom forbrenningsprodukter i sidestrøms- og hovedstrømsrøyken øker.

Sigarettpapiret er ikke bare et hvitt innpakningspapir som holder tobakken sammen i sigaretten. De fysiske og kjemiske egenskapene til papiret påvirker forbrenningen av tobakken i sigaretten og dermed sammensetningen av røyken. Sigarettpapir inneholder ofte 20–30 % kalk. Dette hvite fargestoffet gir papiret sin hvite farge og en hvit papiraske. Salter tilsettes sigarettpapiret dels for modifisere brennhastigheten og dels for å hindre at papiret får misfarge. I tillegg påvirker saltene dannelsen av aske. Eksempelvis

blir ofte citrat tilsatt sigarettpapiret for å øke brennhastigheten. Citrat reduserer også tjæremengden per sigarett ved å redusere antall drag, idet mer tobakk forbrennes mellom dragene. Tjæremengden per drag påvirkes imidlertid lite. Tilsetning av monoammuniumfosfat påvirker dannelsen av aske og øker brennhastigheten. Dinatriumhydrogenfosfat tilsettes papiret for å hindre misfarging av papiret samtidig som brennhastigheten øker. Modifisering av gjennomtrengeligheten av papiret brukes likeledes for å påvirke brennhastigheten. Ved å øke porøsiteten reduseres mengden tobakk som forbrennes per drag, idet mer luft diffunderer inn gjennom papiret og mindre luft vil passere den brennende gloen.

### 2.3.5 Tilsetningsstoffer.

I april 1994 friga tobakksindustrien i USA etter press fra myndighetene en liste på 599 stoffer som ble brukt eller hadde blitt brukt som tilsetningsstoffer i sigaretter (bilag 2). Tobakksprodukter blir tilsatt en rekke ulike stoffer som aroma- og smaksstoffer, sukker, fuktighetsbindende stoffer og stoffer til tilberedning av sauser. Generelt vil mengden av tilsetningsstoffer øke jo mildere sigaretten er. I tillegg kommer rester av plantevernmidler, smøremidler og andre kjemikalier som tobakken kommer i kontakt med under bearbeiding eller produksjon. Enkelte av disse stoffene er omtalt ovenfor.

De fleste tilsetningsstoffene er vurdert av helsemyndighetene (US Food and Drug Administration) og anses som ufarlige som tilsetningsstoffer til næringsmidler. Imidlertid vet man svært lite om helseeffekter av stoffene ved inhalasjon samt hvilke produkter som dannes når disse stoffene varmes opp eller forbrennes. Ut fra stoffenes struktur kan man imidlertid anta at det kan dannes kreftfremkallende stoffer ved oppvarming og/eller forbrenning.

pH i tobakksrøyk er av vesentlig betydning når det gjelder innhold av nikotin og andre basiske komponenter i gassfasen og dermed det som inhaleres i hovedstrømsrøyken. Nikotin i tobakksrøykfasen fordeler seg mellom gassfasen og partikkelfasen. Med økende pH vil hovedstrømsrøyken og sidestrømsrøyken inneholde avtagende mengde med ikke-ionisert nikotin og dermed forskyve mengden med toksiske stoffer fra partikkelfasen i røyken til gassfasen. Mens pH i hovedstrømsrøyken fra sigaretter laget av blandingstobakk (blended cigarettes) eller fra sigaretter laget av røyk tørret tobakk ikke går over 6,2, er hovedstrømsrøyken fra sigarer og sigaretter laget fra burley eller svart tobakk mer alkalisk. pH i sidestrømsrøyken varierer fra 6,8 til 8,5.

pH av røyk fra sigaretter fra røyk tørret og amerikansk blandingstobakk varierer i området 5,7 – 6,2. pH i røyken fra luft tørret tobakk er i området 6,5 – 7,8. Under pH 6,0 inneholder røyken <1 % ikke-ionisert (fri) nikotin og øker pH så øker andelen ikke-ionisert nikotin. Ved pH 7,3 er 15 % fri og ved pH 8,0 er 50 % av nikotinen fri. Fri nikotin er i hovedsak tilstede i gassfasen og tas opp raskere gjennom slimhinnene i munnhulen enn ionisert (bundet) nikotin som er bundet til partikler i røyken. Tobakksrøyk med pH over 6,2 inneholder økende mengde med fri ammoniakk og andre flyktige basiske komponenter. Disse frie basene gir røyken en «harsk» og ubehagelig smak. Denne egenskapen av nøytral eller svak alkalisk røyk gjør at sigarrøykere og røykere av sigaretter fremstilt av mørk tobakk inhalerer røyken i mindre grad enn røykere av sigaretter fremstilt av røyktørket og amerikansk blandingstobakk. pH i røyken påvirkes også av nitratinnholdet i tobakken siden nitrat delvis

reduseres til ammoniakk ved røyking. Røyk tørret tobakk kan inneholde opp til 0,9 % nitrat, tyrkisk tobakk opp til 0,6 % og lufttørket (burley) tobakk mellom 1,1 og 1,5 %.

### 2.3.6 De moderne sigarettene

Ved økt bruk av rekonstituert og ekspandert tobakk samt filter på sigarettene, er mengden av tobakk i en sigarett gradvis blitt redusert fra omkring 1,25 g til omkring 0,75 g. I 1954 var det salgsveide gjennomsnitt for amerikanske sigaretter 38 mg tjære og 2,7 mg nikotin. I 1993 var det henholdsvis 12 mg og 0,9 mg. Nivåene var først og fremst redusert fordi salget av sigaretter med filter hadde økt fra 0,5 % i 1950 til mer enn 97 % i 1993. Den viktigste oppgaven til filteret er å fjerne en del av stoffene i røyken. De fleste filterne fjerner partikler og består cellULOseacetat, papir og viskose. Enkelte filtre er tilsatt et absorberende stoff som aktivt kull for å fjerne organiske stoffer i gassfasen. I tillegg brukes i enkelte tilfeller adsorberende stoffer som er mer spesifikke og fjerner f.eks aldehyder.

Industrien har forsket på å oppnå tilfredsstillende nivåer av nikotin når tjærenivåene blir redusert. Tobakksindustrien ønsker at nikotinnivået ikke skal komme under et bestemt nivå som de anser for adekvat for å opprettholde nikotinhengigheten. Ved å holde nøye kontroll på nikotinnivået i tobakken som de kjøper og ved å blande tobakk med ulikt nikotinnivå, kan produsentene holde nikotinnivået konstant med minimale variasjoner fra sigarettpakke til sigarettpakke.

Som tidligere påpekt brukes kjemiske tilsetninger ofte for å øke nikotinmengden som røykeren får i seg. I en amerikansk tobakksfabrikants håndbok om blanding av ulike tobakksorter, angis at ammoniakk er effektiv til å øke mengden med nikotin som røykeren tar opp. I følge håndboken vil ammoniakk i sigarettøyken føre til dannelse av fri nikotin som gir røykeren større tilfredsstillelse. Ofte brukes også stoffer som diammoniumfosfat, ammoniumhydroksid og urea for å øke mengden nikotin til røykeren. I rekonstituert tobakk brukes opptil 10 % ammoniakk.

Tobakksindustrien tilsetter ofte en rekke forskjellige kjemikalier for å optimalisere nikotinmengden og smaken. Nikotin har en harsk smak. For å kunne ha et tilfredsstillende høyt nivå av nikotin i tobakksproduktene, modifiseres den harske smaken av nikotin ved å tilsette tobakken smaksstoffer som sukker, essenser, mentol og andre alkoholbaserte aromatiske substanser. I følge en industriekspert er det viktigste bidraget fra tobakksmaksspesialistene å gi en rik og ren tobakksmak som har et minimum av irritasjonseffekter i munnen samt til å sikre et tilfredsstillende inntak av nikotin per drag.

I undersøkelser som US Federal Trade Commission, gjorde var nikotinmengden i hovedstrømsrøyken fra en sigarett som ble solgt i 1991 i gjennomsnittet 0,94 mg med variasjon fra 0,1 til 1,9 mg og med 95 % av sigarettene i området 0,32 til 1,56 mg nikotin. Siden sigaretten inneholder betydelig mer nikotin, som vi senere skal komme tilbake til, vil mengden med nikotin som røykeren får i seg avhenge av hvordan sigaretten røykes.

Nitratinnholdet i tobakken har også stor effekt på pyrosyntesen av kreftfremkallende stoffer i røyken. Nitrogenoksider dannet under forbrenningen fanger opp C, H radikaler som er viktig for pyrosyntesen av kreftfremkallende polysykliske aromatiske aminer. Med økende nitratinnhold i sigarettobakken,

hemmes syntesen av benzo(a)pyren i røyken, mens syntesen av nitroalkaner øker.

Myndighetene i den kanadiske provinsen British Columbia har nylig krevd at tobakksindustrien skal fremlegge data om sammensetningen av sine sigaretter. Bilag 3 viser eksempler på resultater fra undersøkelsen.

Her i landet har Statens tobakksskaderåd bedt Tobakksindustriens Felleskontor om å få opplyst hvilke enkeltstoffer tobakksprodukter solgt i Norge i dag inneholder, samt enkeltstoffer som har vært brukt tidligere. Videre ber Statens tobakksskaderåd om en redegjørelse for hvilke produkter som oppstår i forbindelse med forbrenning av tobakk samt tilsetningsstoffer og deres forbrenningsprodukter.

### 2.3.7 Utvikling av snus

På 1970-tallet ble det bare laget snusprodukter med høyt nikotinnivå, og det gjorde det vanskelig for nye brukere å begynne og anvende snus. Det høye nikotininnholdet gjorde at mange syntes smaken var vond, og de ble kvalme og svimle av nikotinen. Data fra tobakksfabrikantenes arkiver viste at på slutten av 1960-tallet og tidlig på 1970-tallet, begynte fabrikantene å utvikle lavnikotinprodukter i tepose-liknende pakninger for å oppmuntre folk til å begynne med røykfri tobakk. Tobakksindustrien ga innad uttrykk for at « *så godt som all tobakksbruk avhenger av nikotin* ». Fabrikantene manipulerte produktene for å ha et register av snusprodukter med økende nikotinnivå. Dette ble dels gjort ved å tilsette forbindelser som buffret tobakken der man forandret pH, dvs den relative surhetsgraden. Det er vist at ved å øke pH til et produkt, overførte man nikotinsalter eller bundet form av nikotin til fri nikotin. Det er bare fri nikotin som absorberes gjennom slimhinnene i munnen og går over i blodstrømmen. Små forandringer i pH øker i betydelig grad mengden av fri nikotin. For eksempel ved å øke pH i spyttet fra 7 til 8, øker prosentdelen av fri nikotin fra 10 til 50 %. Analyser av snus på markedet viste at produktene som er beregnet på nybegynnere hadde pH mellom 5 og 7, mens produkter for mer erfarne brukere hadde pH på 8 eller mer. Det førte til at mengden med fri nikotin for startprodukter var i området 5 til 20 % og for erfarne brukere 50 til 80 %. Videre ble det tilsatt kjemikalier som bandt fuktigheten for dermed å øke fuktighetsinnholdet i snusen. Startprodukter som « *Skoal Bandits* » ble ofte pakket i miniatyrpakker. « *Skoal Bandit* » gir mindre nikotin og den avgir nikotinen langsommere enn høynikotinproduktene som selges fra den samme fabrikken. Disse produktene ble meget intenst avertert i USA, og det ble ofte gitt gratis prøver. Man startet med « *Skoal Bandit* » og gikk over til « *Happy Days* » og « *Skoal Long Cuts* » og til slutt for den erfarne brukeren « *Copenhagen* ».

IARC (1985) har vurdert krefttrisikoen ved bruk av snus og konkludert med at snus kan gi kreft hos mennesker idet det er funnet økt hyppighet av kreft i munnhulen hos brukere av snus. Salg av snus er nå forbudt i alle EU-landene unntatt Sverige og EFTA-landet Norge. Den svenske tobakksindustrien har støttet to undersøkelser hvor forfatterne (Schildt *et al.*, 1998, Lewin *et al.*, 1998) konkluderer med at bruk av snus ikke øker risikoen for kreft. Dette har ført til at det i EU foreligger forslag om at snus ikke lenger skal merkes med « *Kreftfremkallende* ». En samlet vurdering av de tilgjengelige epidemiologiske data og kjennskap til de kreftfremkallende stoffer som finnes i



snus, tilsier at det ikke er grunnlag for å forandre advarselsteksten på snusboksene (Sanner *et al.*, 2000).

## 2.4 Sammenlikning av gårsdagens sigaretter med dagens høyteknologisigaretter

---

### 2.4.1 Konstruksjon av sigaretter

Fra siste halvdel av 50-årene er det skjedd en betydelig forandring: produksjonen av sigaretter så vel som i røykevanene. Ved begynnelsen av perioden var det bare en relativ liten andel av røykerne som røykte filtersigaretter. I dag dominerer høyteknologi – filtersigaretter fullstendig markedet. Overgangen til filter fant sted samtidig som det var betydelige teknologiske forandringer i industrien og fortjenesten økte. Filtermaterialet var 15–20 % billigere enn den samme lengde av tobakk som ble utbyttet.

Vekten av tobakk i en gjennomsnitts amerikansk sigarett er gått ned med omkring 40 % fra 1954 til 1993. Vektreduksjonen skyldes vesentlig bruk av ekspandert tobakk og sigarettfilter. Hovedstrømsrøyken til dagens gjennomsnittssigarett inneholder omtrent 1/3 av mengden nikotin og tjære som sigarettene på 1950-tallet. Reduksjonene skyldes først og fremst at bruken av sigaretter med filter har økt. Bruken av perforerte sigarettfilter, porøst sigarettpapir og ekspandert og rekonstituert tobakk i sigarettene, samt økning av nitratinnholdet i tobakksblandingen fra 0,3–0,5 % til 0,6–1,3 % har også bidratt til reduksjonen av tjære og nikotin. Som forventet førte den gradvise økningen av nitratinnholdet ikke bare til lavere nivå av polysykliske aromatiske hydrokarbonforbindelser i røyken, men også til en økning av nitrosaminer i røyken. Alle de rapporterte tall for tjære-, nikotin-, og andre komponenter baserer seg på den standard røykemaskinprosedyren som ble introdusert i 1936 med noen modifikasjoner av Federal Trade Commission (FTC) i 1969.

Ventilasjon i filteret og sigarettpapiret er en av kjerneteknologiene som sigarettindustrien bruker for å manipulere tjære- og nikotininnholdet, spesielt i de produktene som angis å gi minst tjære og nikotin. Ventilasjonen oppnås ved å bruke elektrostatisk og/eller laserperforert sigarettpapir og papir rundt filteret. Begge typene av perforeringsteknologi kan brukes, enten alene eller samtidig avhengig av sigarettutformingen og mengden med ulike stoffer som man ønsker i hovedstrømsrøyken.

Prinsippet med ventilasjon er at når røykeren tar et drag, blir det suget inn luft gjennom perforeringen (hullene), og denne fortynner røyken i sigaretten. Den teoretiske effekten er å redusere tjære, nikotin og andre pyrolyseprodukter. Dermed tror røykeren at han har et mindre helseskadelig produkt. Mengden med tjære og nikotin som røykeren får i seg ved å røyke i en ventilt sigarett kan imidlertid bli like høyt om ikke høyere enn i en «vanlig» sigarett, avhengig av hvordan røykeren røyker. Røykerne vet ikke hvor ventilasjonshullene er lokalisert på filteret slik at de både med hensikt og ufrivillig kan blokkere hullene med fingre eller lepper. Industrien har lenge visst at plasseringen av de laserperforerte hullene på filteret korresponderer til der hvor røykeren har leppene når de tar et drag eller hvor de holder sigaretten i fingrene.

Omtrent 90 % av de moderne sigarettene har ventilasjonshuller rundt filteret. Dette synes å være den viktigste metoden for å manipulere verdiene på nikotin, tjære og karbonmonoksid som registreres ved maskinrøyking etter FTC-metoden. Tabell 2.5 viser målinger av nikotin, tjære og karbonmonoksid for en del sigaretter. Det fremgår at til tross for at de målte mengdene med nikotin, tjære og karbonmonoksid varierer med en faktor på 10 - 20 mellom ulike sigaretter, så varierer mengden med nikotin i de forskjellige sigarettene bare mellom 8,0 og 14,4 mg og det relative innholdet av nikotin mellom 1,0 og 2,4 %. Prosent luftfortynning eller prosent filterventilasjon defineres som prosent av et standard drag som er luft gjennom ventileringsystemet. En sigarett med 0 % filterventilasjon gir ufortynnede drag. En sigarett med 80 % filterventilasjon gir drag hvor 80 % av det som inhaleres er luft og bare 20 % ufortynnet røyk.

**Tabell 2.5: Standard tjære, nikotin og karbonmonoksidutbytte (mg), totalt nikotin (mg), prosent nikotin, avstand fra nærmeste ventilasjonshull fra røykeenden av sigaretten (mm) og filter ventilasjonsnivå (%) (Tatt fra Kozlowski et al., 1998)**

Merke*	Målinger med FTC metoden			Totalt nikotin		Avstand fra ventilasjons- hull til røykeenden	Filter ventilasjonsnivå
	Tjære (mg)	Nikotin (mg)	CO (mg)	(mg)	(%)	(mm)	(%)
<i>USA</i>							
Carlton SP	1	0,1	2	8,7	1,7	15,0	77,6
Merit Ultima SP	1	0,1	3	9,6	2,0	11,0	64,4
Virginia SlimsUL100 HP	5	0,5	6	10,4	1,6	12,0	55,6
Merit HP	7	0,6	9	9,4	1,5	11,0	34,1
Virginia Slim L 100 HP	8	0,7	9	9,4	1,4	12,0	39,7
Marlboro L SP	10	0,8	11	10,6	1,6	12,0	22,5
Camel L HP	10	0,8	12	10,3	1,5	12,0	22,3
Winston FF SP	14	1,0	14	10,5	1,5	15,0	11,7
Virginia Slims FF 100 SP	15	1,1	13	11,7	1,6	12,0	19,9
Marlboro FF SP	16	1,1	14	10,9	1,5	12,5	10,2
Camel FF SP	17	1,1	20	9,5	1,3	14,5	5,1
<i>CANADA</i>							
Craven UM	1	0,1	1	11,2	1,7	12,5	79,0
Export UL	8	1,0	8	14,0	1,9	11,5	57,1
Craven L	10	1,1	10	11,9	1,6	13,0	37,0
Players EL	11	1,2	11	18,3	2,3	12,0	42,2
Export L	12	1,1	12	13,6	1,8	12,0	40,0
Craven FF	13	1,2	13	11,6	1,7	13,5	14,6
Players FF	16	1,4	17	8,0	1,0	-	0,0
Export FF	16	1,4	17	12,6	1,4	12,5	15,7
<i>STORBRITANNIA</i>							

**Tabell 2.5: Standard tjære, nikotin og karbonmonoksidutbytte (mg), totalt nikotin (mg), prosent nikotin, avstand fra nærmeste ventilasjonshull fra røykeenden av sigaretten (mm) og filter ventilasjonsnivå (%) (Tatt fra Kozlowski et al., 1998)**

Merke*	Målinger med FTC metoden			Totalt nikotin		Avstand fra ventilasjons- hull til røykeenden	Filter ventilasjonsnivå
	Tjære (mg)	Nikotin (mg)	CO (mg)	(mg)	(%)	(mm)	(%)
Silk Cut Ultra	1	0,2	1	15,7	2,4	12,0	84,2
John Player SK UL	3	0,3	3	10,7	1,7	15,0	62,5
Silk Cut	5	0,5	5	13,8	1,9	13,0	51,2
Marlboro L	6	0,6	7	10,2	1,7	10,5	44,9
Dunhill L	7	0,7	8	12,4	1,7	14,0	36,4
John Player SK	12	1,1	14	14,4	1,7	-	0,0
Marlboro	13	0,9	13	9,6	1,3	11,0	19,5

\*UL = Ultra light; UM = Ultra mild; L = Light; FF = Full flavour; SP = Soft pack; HP = Hard pack; SK = Super King

Ikke på noen av de undersøkte sigarettene var det indikert at filtre hadde ventilasjonshull. Ikke på noen av filtrene var lokalisasjonen av ventilasjonshullene markert. Forstørrelsesglass og sterkt lys samt dissekering av filtre er ofte nødvendig for å lokalisere hullene. Røykerne ignorerer usynlige hull i større grad enn synlige ventilasjonshull.

De usynlige ventilasjonshullene har vært et viktig element i utviklingen av moderne sigaretter. I Norge introduserte Tiedemanns Tobaksfabrik i slutten av 1983 sigarettmerket «*Barclay*» med et innhold av tjære på 1 mg og nikotin på 0,12 mg. Dette var meget lave tall i forhold til det som var vanlig på denne tiden. Advokat O.A. Bachke jr. som representerte Philip Morris, protesterte i brev av 27.01.84 til Sosialdepartementet på tallene som var oppgitt. Advokat G. Thommessen som representerte Tiedemanns Tobaksfabrikk, hevder imidlertid i brev av 13.03.84 at tallene var riktige. Forklaringen på uoverensstemmelsen var at «*Barclay*» har et filter med 4 separate luftkanaler i ytterkant av filteret. Når den såkalte «Copeland» sigarettholderen benyttes ved analysene, blokkeres luftkanalene og tjære- og nikotininnholdet øker med en faktor på 10 sammenliknet med målinger utført med den såkalte «Cambridge» sigarettholderen hvor luftkanalene ikke blokkeres. Advokat O.A. Bachke jr. antyder i sitt brev at under vanlig røyking vil «*Barclay*»-sigarettens filter bli satt ut av funksjon. Dette tyder på at også tobakksindustrien i Norge har vært klar over at dersom røykerne ønsker et høyere nikotininnhold i røyken kan de blokkere ventilasjonshullene med leppene eller fingrene.

#### 2.4.2 Helseskadelige stoffer

Flere studier viser at røykere av lavnikotin/lavtjæresigaretter røyker flere sigaretter og mer intenst samt ofte blokkerer ventilasjonshullene for å tilfredsstille nikotinbehovet. De standard røykebetingelsene til FTC-metoden gir derfor ikke resultater som avspeiler hvor mye nikotin og andre stoffer i røyken som røykerne inhalerer. I desember 1994 konkluderte en *ad hoc*

komite oppnevnt i USA av «Presidentens kreftpanel» med at FTC-metoden er basert på et lite antall tidlige observasjoner av hvordan røykere røyker en ikke-filter sigarett og at røykere som går over til lavtjære og lavnikotinsigaretter ofte forandrer sitt røykemønster. Den høyere hastigheten som røyken trekkes gjennom sigaretten når røykeren inhalerer mer intenst, øker nivået av tjære, nikotin og nitrosaminer 2–3 ganger. Ved siden av inhalasjonsvolumet per drag, vil også intervallene mellom dragene påvirke nitrosaminnivået.

Tobakksindustrien i USA har helt fra 1970-årene vært klar over at når røykere går over til lavtjære- og lavnikotin-sigaretter, vil de røyke på en annen måte slik at de får tilstrekkelig nikotin. Dermed ville de også få mer av andre helseskadelige stoffer. Dette fremgår av en rekke uttalelser fra tobakksindustrien (se bilag 1). Tobakksindustrien har vurdert om dette var et problem som den skulle gjøre noe med, men konkluderte med at det var bedre for industrien å la røykerne «narre seg selv» og tro at ved å gå over til å røyke de moderne sigarettene var risikoen for helseskader mindre.

Først på 1990 tallet forelå det gode undersøkelser i den åpne vitenskapelige litteraturen som viste at røykerne kompenserte når de røykte lette sigaretter.

Djordjenvic og medarbeidere (1995) gjorde en undersøkelse hvor parametere slik som antall drag, volum per drag, varighet av dragene og tid mellom dragene ble registrert. Deretter ble det gjort forsøk i røykemaskin hvor man sammenliknet mengdene med nikotin, tjære og nitrosaminer som en røyker inhalerte når man simulerte røykemønsteret til røykerne og når FTC metoden ble benyttet. Det er vanlig å angi lavnikotin/tjære sigaretter som sigaretter som gir mindre enn 0,8 mg nikotin og 10 mg tjære etter FTC metoden, mens medium nikotin/tjære sigarettene gir omkring 1,0 mg nikotin og 14 mg tjære. En høy nikotin/tjære sigarett gir omkring 2,3 mg nikotin og 31 mg tjære.

I undersøkelsen til Djordjenvic og medarbeidere (1995) fant man ikke at noen av røykerne blokkerte ventilasjonshullene på sigaretten, noe som har vært observert av andre. Det gjennomsnittlige dragvolumet med lavnikotinsigaretter (<0,8 mg) var 525,7 ml (total røyk inhalert 606130 ml), varigheten av dragene 1,70,24 s og intervall mellom dragene 28,510,3 s. For røykere av sigaretter med medium nikotininnhold, var disse gjennomsnittstallene 461,7 ml (470109 ml), 1,30,13 s og 337,5 s. Resultatene er vist i tabell 2.6.

Resultatene i tabell 2.6 viser at røykere av lav og medium nikotinsigaretter inhalerer betydelig mer røyk enn det man finner etter FTC-metoden. Ved røyking av en lavnikotinsigarett, fikk røykerne i seg opptil 4 ganger mer toksiske og kreftfremkallende stoffer enn det man fant under FTC standardbetingelser. I denne undersøkelsen ble det funnet at røykerne kompenserte på en slik måte at de fikk noe over 2 mg nikotin per sigarett, uavhengig av hva slags sigarett de røykte. Videre fikk de omkring 30 mg tjære per sigarett.

**Tabell 2.6: Kjemisk sammensetning av hovedstrømsrøyk ved maskinrøyking av en vanlig lavnikotin sigarett og mediumnikotin sigarett under FTC-betingelser og ved kompenserende røykebetingelser (KS)<sup>a</sup>. (Tatt fra Djordjenvic et al., 1995).**

	Lavnikotin sigarett FTC	Medium- nikotin sigarett FTC	Lavnikotin sigarett      Mediumnikotin sigarett		
			Røyker nr 5	Røyker nr 9	Røyker nr 1
Tjære, mg/sig.	9	14	30	32	28
Nikotin, mg/sig.	0,70,04	1,00,01	2,20,09	2,40,03	2,10,14
Tjære/nikotin	13	14	14	13	13
NNKb, ng/sig.	92	149	293	266	301
Drag antall/sig.	7,90,2	7,30,2	110,3	12,80,2	10,30,1
Totalt inhalert volum (ml)	276	256	682	720	474

<sup>a</sup> Ventileringshull på filtertippen ble ikke blokkert under maskinrøykingen og heller ikke av røykerne

<sup>b</sup> NNK : tobakkspesifikt kreftfremkallende nitrosamin

Undersøkelsen viser klart at FTC-data ikke gir tilstrekkelig opplysninger til konsumentene om toksiske og kreftfremkallende stoffer i sigaretten.

Det er få blant publikum som vet hvor mye nikotin det er i en sigarett og hvor viktig filterventilasjon er for å manipulere tjære- og nikotinutbyttet i sigaretten. Standard maskinprøver for nikotin, tjære og karbonmonoksid gir liknende om ikke identiske, resultater i USA, Canada og Storbritannia. Nikotininnholdet i tobakken angis vanligvis ikke. Filterventilasjon er vesentlig i området på filteret som har en høy porøsitet eller en ring med huller 11–15 mm fra filterenden av sigaretten. Ofte kan disse ventilasjonshullene bare påvises hvis filterdekke tas av filteret og man holder det opp mot sterkt lys og ser på det gjennom et forstørrelsesglass. Det er holdepunkt for at mange røykere blokkerer filterventilasjonen med fingrene eller leppene og dermed øker røykeeksponeringen fra disse sigarettene. Røykere er generelt ikke oppmerksom på funksjonen av filterventilasjonen. Det er funnet i en undersøkelse at det å blokkere ventilasjonen i filteret ved sigaretter med meget lavt tjære- og nikotininnhold har en større effekt enn å øke dragvolumet eller hyppigheten av draget.

Økningen i nitratinnholdet har ført til at konsentrasjonen av nitrogenoksider ( $\text{NO}_x$ ) og metylnitritt i sigaretttrøyk har økt. Små mengder av  $\text{NO}_x$  dannes dessuten fra aminosyrer og proteiner under røyking. Sigaretter laget av lys tobakk kan gi opptil 200 g  $\text{NO}_x$  og 20 g metylnitritt og røyk fra blandingssigaretter opptil 500 g  $\text{NO}_x$  og 200 g metylnitritt, mens Burley tobakksigaretter gir opp til 700 g  $\text{NO}_x$  og 400 g metylnitritt. Reagensglassforsøk har vist at nitrogenoksider, nitrat og metylnitritt gir dannelselse av nitrosaminer i reaksjon med sekundære og tertiære aminer, inklusiv nikotin og andre tobakkalkaloider. Under betingelser som likner de man finner i munnhulen hos røykere, har man vist at de sekundære aminene nornikotin, anabasin og anatabin gir de tilsvarende nitrosaminene.

### 2.4.3 Helseskader

Fra midten av 50-årene har det som omtalt ovenfor skjedd en utvikling av sigarettene fra å være relativt enkle landbruksartikler til å bli høyteknologiske produkter. Spørsmålet er hvilken effekt dette har hatt på tobakksinduserte sykdommer. Basert på de tilgjengelige data er det vanskelig å trekke noen sikker konklusjon. I en undersøkelse fra England (Tang *et al.*, 1995) konkluderes det med at dødelighet fra alle røykerelaterte sykdommer blant de som røyker filtersigaretter er 9 % lavere enn de som røyker sigaretter uten filter (95 % konfidensintervall 1 % til 17 %). For lungekreft og koronare hjertesykdommer var det for begge en reduksjon på 5,7 %. Det ble også gjort en sammenlikning av dem som røykte sigaretter med mindre enn 15 mg tjære og dem som røykte sigaretter med mer enn 15 mg tjære. I denne undersøkelsen fant de en reduksjon i dødeligheten av tobakkrelaterte sykdommer hos dem som røykte sigaretter med mindre enn 15 mg tjære på gjennomsnittlig 23 % (95 % KI=10–35 %). For lungekreft var reduksjonen 25 % (ikke-signifikant) (95 % KI=48 % reduksjon til 9 % økning), for koronare hjertesykdommer var reduksjonen 23 % (95 % KI=39 % til 3 %), for slag, kroniske lungesykdommer og andre røykerelaterte sykdommer var det en reduksjon, men den var ikke signifikant.

Basert på dagens kunnskaper om hvordan røykerne kompenserer når de røyker «milde» sigaretter, er det lite sannsynlig at det er mindre farlig å røyke nå etter at de «milde» sigarettene har kommet enn det var tidligere da man hadde de «sterke» sigarettene uten filter. Imidlertid synes det som røyking av dagens sigaretter gir høyere risiko for såkalt adenokarsinom i lungene, mens risikoen for plateepitelkarsinom synes å gå noe ned sammenliknet med sigaretttrøykere på 40 og 50-tallet. Mens forholdet mellom plateepitelkarsinom og adenokarsinom i USA var 17:1 da mindre enn 0.5 % av sigarettene hadde filter, er forholdet nå 1.2–1.4:1. Det er antatt at dette henger sammen med at røykerne av lavnikotinsigaretter tar flere drag, røyker mer intenst og inhalerer røyken dypere i lungene. Det relative røykeutbyttet av polycykliske aromatiske hydrokarboner (PAH) i sigaretter er blitt redusert, mens utbyttet av tobakksspesifikke nitrosaminer (TSNA) har økt. Kreftfremkallende PAH er kjent for å indusere plateepitelkarsinomer i lungene ved spesielle yrker og i forsøksdyr, mens NNK som er et tobakksspesifikt nitrosamin er et karsinogen som utløser adenokarsinomer i mus, rotte og hamster.

Det har vært funnet at sigarettfiltre frigjør celluloseacetat-fibre. I forsøk hvor fibreene er blitt implantert i mus, er det funnet at de nedbrytes svært langsomt og at de binder tjærestoffer fra sigaretten. Disse fibreene er funnet i lungevev fra pasienter med lungekreft. Spørsmålet er blitt reist om filterne kan bidra til utvikling av lungesykdom (Pauly *et al.*, 1995).

En *ad hoc* gruppe som ble nedsatt av National Cancer Institute i USA på oppfordring fra representanten Henry Waxman (D-Calif) som var formann i «The House Subcommittee on Health and Environment» konkluderte:

«Several studies presented at the meeting suggested that smoking cigarettes with lower machine-measured yields may slightly reduce the risk of lung and other cancers, but has no effect on cardiovascular diseases, and uncertain effect on pulmonary diseases.» (Jenks, 1995).

Det synes således å være enighet om at til tross for at det har skjedd betydelige forandringer med sigarettene i perioden etter 1950, har dette hatt relativt liten effekt på helserisikoen ved røyking. Sitater fra representanter fra tobakksindustrien som er gjengitt i bilag 1, gir sterke holdepunkt for at tobakksindustrien heller ikke forventer at det er mindre helseskader ved røyking av de nye lavtjære-, lavnikotinsigarettene sammenliknet med de «gamle» sigarettene.

## 2.5 Sammendrag

---

Tobakksplanten kom fra Amerika til Portugal på slutten av 1400-tallet og spredte seg i løpet av det neste århundre til størstedelen av Europa. Det var særlig rundt den annen verdenskrig at det ble vanlig å røyke sigaretter. De to viktigste tobakksproduktene som brukes i Norge er i dag sigaretter og snus. Spesielt for Norge er at omkring halvparten av sigarettene som røykes er håndrullede (rullings).

To alvorlige trusler mot tobakksindustrien har preget utviklingen av tobakksprodukter i den siste halvdel av det 20. århundre. Den første trusselen kom i 1950-årene da røykerne begynte å bli klar over at røyking kunne gi betydelige helseskader. Den andre trusselen kom på slutten i 1980-årene da man etter hvert begynte å bli klar over at passiv røyking ikke bare var irriterende, men også kunne gi alvorlige helseskader.

Tobakksindustrien benektet overfor forbrukerne og myndigheter at røyking og senere også at passiv røyking ga helseskader. Likevel førte disse truslene til at tobakksindustrien satset betydelige midler på å videreutvikle sigarettene samt å utvikle snus til et mer akseptabelt alternativ til røyking.

Dokumenter fra tobakksindustrien viser at utviklingen av sigarettene har vært styrt av nødvendigheten av at røyken fra sigarettene må inneholde tilstrekkelig nikotin til å opprettholde avhengighet hos røykerne og skape avhengighet hos dem som begynner å røyke. Samtidig har industrien ønsket å gi inntrykk av at de nye «lette» sigarettene gir en «sunnere» røyk som er «bedre for deg». Dermed oppnådde de at mange røykere gikk over til «lette» sigaretter i stedet for å slutte å røyke. I tillegg ønsket tobakksindustrien å øke fortjenesten ved å redusere kostnadene ved produksjonen.

Sigarettene ble utviklet fra relativt enkle landbruksprodukter til høyteknologiprodukter. Dyrking og bearbeidelse av tobakksplantene er videreutviklet. Rekonstituert og ekspandert tobakk har fått større anvendelse. Filter på sigarettene ble vanlig. Sigarettpapir og filter har gjennomgått en betydelig utvikling. Spesielt har innføring av små porer i papiret rundt filteret og sigarettpapiret fått stor betydning fordi man dermed får fortynnet røyken med luft. Dermed gir standardmålingene av nikotin og tjære lave verdier. Filter benyttes vanligvis ikke på håndrullede sigaretter.

Smaken og nikotininnholdet i røyken som tas opp i kroppen, blir regulert ved hjelp av et stort antall kjemiske stoffer som tilsettes tobakken så vel som sigarettpapiret. Særlig er ammoniakk et viktig stoff som tobakksindustrien benytter for å justere surhetsgraden (pH) i tobakken og dermed mengdene med nikotin som røykerne tar opp i kroppen.

Snus har likeledes gjennomgått en omfattende utvikling. En stor del av dagens snus selges nå i engangspakninger som likner små teposer og som gjør bruken av snus mindre uhygienisk. Industrien har utviklet produktserier med varierende tilgjengelig nikotininnhold. Dette gjør at nybegynnere kan starte med produkter som gir dem relativt lite nikotin og som derfor ikke gir ubehag. Etter hvert som de blir mer viderekomne og tåler mer nikotin, kan de så gå over til merker som gir mer nikotin.

Innholdet av en del komponenter som nikotin og tjære i sigarettøyken blir målt med en spesiell «røyketeknikk» som ble utviklet i USA i 1930-årene. Målt med denne teknikken inneholder røyken fra dagens sigaretter bare omkring 1/3 av nikotin- og tjæremengden som røyken fra 1950-årenes sigaretter. Tobakksindustriens undersøkelser viste imidlertid (lenge før det var generelt kjent) at røykerne kompenserte ved å ta dypere, lengre og hyppigere drag og/eller ved å blokkere de små hullene i filterpapiret slik at de fikk i seg omtrent like mye nikotin og andre skadelige stoffer som ved å røyke 1950-årenes sigaretter. Tobakksindustrien har vurdert om dette var et problem som den skulle gjøre noe med, men konkluderte med at det var bedre for industrien å la røykerne «narre seg selv».

Helseskadene ved å røyke de nye sigarettene synes bare å være ubetydelig mindre enn ved å røyke de gamle sigarettene. Dette skyldes sannsynligvis at røykerne røyker de moderne «lette» sigarettene annerledes enn de gamle sigarettene. Dermed får de i seg omtrent like mye helseskadelige stoffer som ved røyking av de gamle «sterke» sigarettene. Ved røyking av de moderne sigarettene synes imidlertid risikoen for å utvikle adenokarsinom i lungene å være noe høyere enn ved røyking av de gamle sigarettene. På den andre siden synes risikoen for plateepitelkarsinom i lungene å være noe lavere enn ved å røyke de gamle sigarettene. Dette skyldes sannsynligvis at de relative konsentrasjonene av enkelte kreftfremkallende stoffer er forskjellig i røyken fra moderne og gamle sigaretter.

#### **Bilag 1 Uttalelser fra representanter fra tobakksindustrien i USA**

##### *1 Nødvendigheten av å opprettholde et tilstrekkelig nikotinnivå*

(Se også kapittel 6 nedenfor, særlig punkt 6.8 og 6.9)

Nedenfor er gjengitt en del sitater som viser at tobakksindustrien har vært klar over den avhengighetsskapende effekten av nikotin og forstått behovet av at tobakksproduktene gir brukeren en tilstrekkelig nikotindose. Sidetallet som er gitt i sitatene referer seg til sidetall i publikasjon. US Food and Drug Administration:

«Nicotine in Cigarettes and Smokeless Tobacco is a Drug and These Products Are Nicotine Delivery Devices Under the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act: Jurisdictional Determination. Fed Reg. 61: 44619–45318 (1996).

I 1972 på en konferanse holdt av tobakksindustrien, karakteriserte man sigarettene som et «nicotine delivery system» med følgende ord:

«Think of the cigarette pack as a storage container for a day's supply of nicotine ... Think of the cigarette as a dispenser for a dose unit of nicotine ... Think of a puff of smoke as the vehicle of nicotine ... Smoke is



beyond the question the most optimized vehicle of nicotine and the cigarette the most optimized dispenser of smoke» (s 44856).

W.L Dunn ved Philip Morris skrev i et intern dokument i 1972 (Hurt *et al.*, 1998):

«No one has ever become a cigarette smoker by smoking cigarettes without nicotine».

I 1972 uttrykte også Philip Morris industriens syn på minimumsnivået av nikotin som må være i sigaretter for å gi den kjemikalieutløste effekten. Det ble sagt:

«Critics of the industry would do well to reflect upon the indifference of the consumer to the industry's efforts to sell low-delivery brands. 94 % of the cigarettes sold in the U.S. deliver more than 1 mg of nicotine. 98.5 % deliver more than 0.9 mg. The physiological response to nicotine can be readily elicited by cigarettes delivering in the range of 1 mg of nicotine» (s 44917).

Videre angir industrien i en rapport:

«In considering which product features are important in terms of consumer acceptance, the nicotine delivery is one of the more obvious candidates.... The importance of nicotine hardly needs to be stressed, as it is so widely recognized» (s 44934).

En tidligere forskningsdirektør i Philip Morris uttaler:

«It is well recognized within the cigarette industry that there is one principal reason why people smoke – to experience the effects of nicotine, a known pharmacologically active constituent in tobacco .... The strongly held conviction of most industry scientists and product developers was that nicotine was the primary reason why people smoked» (s 44858).

Forskere ved Philip Morris begynte i 1970 å forandre sigarettene for å studere:

«the effect of systematic variation of the nicotine/tar ratios upon smoking rate and acceptability measures. Using the Marlboro as a base cigarette, we will reduce the tar delivery incrementally and increase the nicotine delivery incrementally by adding nicotine salt» (s 44921).

En forskningsplan fra Philip Morris anga i 1982:

«Since both acetaldehyde and nicotine are reinforcing agents and each are obtained in smoke it becomes important to determine ratio(s) of acetaldehyde to nicotine which produce maximal reinforcing effects ..... This will allow us to determine the optimum ratio of acetaldehyde to nicotine that maintains the most behavior» (s 44924).

En forsker ved Philip Morris uttalte:

«Tobacco companies like Philip Morris learned a long time ago that it was hard to get people to stay with a good tasting product if the nicotine level was too low» (s 44963).

Fri nikotin tas opp raskere av røykeren enn bundet nikotin. Ved å øke mengden med fri nikotin, blir mer nikotin tilgjengelig og muligheten for avhengighet øker. Mengden med «fri» nikotin kan reguleres ved tilsetning av ammoniakk. Philip Morris introduserte bruk av ammoniakk i deres sigaretter så tidlig som 1965, og meget raskt økte salget av Philip Morris merker, spesielt Marlboro. Senere har tilsetning av ammoniakk blitt brukt av de aller fleste tobakksprodusenter.

En forskningsdirektør ved Philip Morris uttalte:

«The use of ammonia chemistry was important to the industry in maintaining adequate nicotine delivery to satisfy smokers. The industry was able to deliver more of the available nicotine in the blend to the smoker by using ammonia compounds.... In the complex world of tobacco smoke chemistry, by increasing the pH of the aerosol in the mainstream smoke, more of the aerosol would be in the vapor phase and less in the liquid (or condensed) phase. By increasing the ratio of vapor phase to liquid phase, one increases the total nicotine delivery since the condensed phase is less likely to survive the filter and the trip to the lungs» (s 44972).

## 2. Effekt av lavtjære- og lavnikotinsigaretter på røykemønster

(Se også kapittel 6 nedenfor, særlig punkt 6.10)

Tobakksindustrien har lenge vært klar over at når røykerne går over til lavtjære- og lavnikotinsigaretter, vil de røyke på en annen måte for å få tilstrekkelig nikotin (sitatene er tatt fra: Hurt RD, Robertson CR, Channing R. Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: The Minnesota tobacco trial. JAMA 280: 1173–1181, 1998).

I 1978 het det i et dokument fra British American Tobacco av Creighton at «*No smoker has yet been observed to smoke with the same pattern as a smoking machine*». Videre uttalte han:

«There is now sufficient evidence to challenge the advice to change to lower delivery brand, at least in the short-term. In general, a majority of habitual smokers compensate for changed delivery, if they change to a lower delivery brand than their usual brand. If they choose a lower delivery brand which has a higher tar to nicotine ratio than their usual brand (which is often the case with lower delivery products), the smokers will in fact increase the amounts of tar and gas phase that they take in, in order to take the same amount of nicotine».

Allerede i begynnelsen av 1970 skrev en annen forsker ved British American Tobacco:

«I suggest that there is a parallel with cigarettes - we may smoke a low delivery cigarette - but in times of tension or altered mood we want a stronger one. What happens? Either we smoke one more intensely (remember, there is no single dose for a cigarette) - or we smoke two in rapid succession. A dilemma appears - do we design a compensatable cigarette - and sell one - or the non (or minimally) compensatable cigarette - to sell two? Given the unit cost, it is very probable that the second option is not viable - so we have, perhaps, to do the first».

I 1975 het det i et dokument fra Phillip Morris:

«The smoker profile data reported earlier indicated that Marlboro Lights cigarettes were not smoked like regular Marlboros. There were differences in the size and frequency of the puffs, with larger volumes taken on Marlboro Lights by both regular Marlboro smokers and Marlboro Lights smokers. In effect, the Marlboro 85 smokers in this study did not achieve any reduction in the smoke intake by smoking a cigarette (Marlboro Lights) normally considered lower in delivery».

I et dokument fra British American Tobacco i 1981 heter det:

«The nature of possible compensation phenomena in relation to highly ventilated cigarettes was discussed at length. It was noted that we have very little data on the long-term consequences of smoking behaviour patterns following switching to low tar products .... It was agreed that effects should not be spent on designing a cigarette which, through its construction, denied the smoker the opportunity to compensate or oversmoke to any significant degree».

De usynlige ventilasjonshullene har vært et viktig element i utviklingen av moderne sigaretter. I et dokument fra British American Tobacco (BAT) heter det:

«Irrespective of the ethics involved, we should develop alternative designs (that do not invite obvious criticism) which allow the smoker to obtain significant enhanced deliveries should he so wish».

### *3. Effekt av lavtjære- og lavnikotinsigaretter på helseskader ved røyking*

Sitater er alle tatt fra Hurt RD, Robertson CR, Channing R. Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: The Minnesota tobacco trial. JAMA 280: 1173–1181, 1998.

I et dokument fra Lorillard i 1976 angis hvordan publikum oppfatter lavtjære og lavnikotinsigaretterne:

«People believe that cigarettes low in tar and nicotine have different «tobacco» ingredients and different kinds of filters than other cigarettes - the tobacco is milder or a special mild blend, perhaps treated to remove tar and nicotine, perhaps mixed with additives or fillers, perhaps cured differently - or maybe just more loosely packed .... Those who smoke low tar and nicotine cigarettes generally do so because they believe such cigarettes are «better for you».»

Tobakksindustrien ønsket å skape tvil om helserisikoen ved røyking. Etter et møte i British American Tobacco i 1977 ble det konkludert:

«All work in this area should be directed towards providing consumer reassurance about cigarettes and the smoking habit. This can be provided in different ways, e.g. by claimed low deliveries, by the perception of low deliveries and by the perception of «mildness».»

En ledende person i British American Tobacco uttalte i 1977:

«Should we market cigarettes intended to reassure the smoker that they are safer without assuring ourselves that indeed they are so or are not less safe? For example, should we «cheat» smokers by «cheating» League Tables? [League tables are the British equivalent of the FTC ratings of cigarette delivery of tar and nicotine.] If we are prepared to

accept that government has created league tables to encourage low delivery cigarette smoking and further if we make league tables claims as implied health claims - or allow health claims to be so implied - should we use our superior knowledge of our products to design them so that they give low league table positions but higher deliveries on human smoking? Are smokers entitled to expect that cigarettes shown as lower delivery in league tables will in fact deliver less to their lungs than cigarettes shown higher?»

### ***Bilag 2. Additives found in American Cigarettes***

In addition to tobacco, which contains nicotine, the following 599 ingredients have been identified in tobacco industry documents as being added to tobacco in the manufacturing of cigarettes by the five major American cigarette manufacturing companies. While some of these chemicals, such as sugars, vanilla extract, prune juice, and vinegar, are generally recognized as safe when used in food products, all produce numerous additional chemical compounds when burned.

- Acetanisole,
- Acetic Acid,
- Acetoin,
- Acetophenone,
- 6-Acetoxydihydrotheaspirane,
- 2-Acetyl-3-Ethylpyrazine,
- 2-Acetyl-5-Methylfuran,
- Acetylpyrazine,
- 2-Acetylpyridine,
- 3-Acetylpyridine,
- 2-Acetylthiazole,
- Aconitic Acid,
- dl-Alanine,
- Alfalfa Extract,
- Allspice Extract,
- Oleoresin,
- And Oil,
- Allyl Hexanoate,
- Allyl Ionone,
- Almond Bitter Oil,
- Ambergris Tincture,
- Ammonia,
- Ammonium Bicarbonate,
- Ammonium Hydroxide,
- Ammonium Phosphate Dibasic,
- Ammonium Sulfide,
- Amyl Alcohol,
- Amyl Butyrate,
- Amyl Formate,
- Amyl Octanoate,
- alpha-Amylcinnamaldehyde,
- Amyris Oil,
- trans-Anethole,

- Angelica Root Extract, Oil and Seed Oil,
- Anise,
- Anise Star, Extract and Oils,
- Anisyl Acetate,
- Anisyl Alcohol,
- Anisyl Formate,
- Anisyl Phenylacetate,
- Apple Juice Concentrate, Extract, and Skins,
- Apricot Extract and Juice Concentrate,
- 1-Arginine,
- Asafetida Fluid Extract And Oil,
- Ascorbic Acid,
- 1-Asparagine Monohydrate,
- 1-Aspartic Acid,
- Balsam Peru and Oil,
- Basil Oil,
- Bay Leaf, Oil and Sweet Oil,
- Beeswax White,
- Beet Juice Concentrate,
- Benzaldehyde,
- Benzaldehyde Glyceryl Acetal,
- Benzoic Acid, Benzoin,
- Benzoin Resin,
- Benzophenone,
- Benzyl Alcohol,
- Benzyl Benzoate,
- Benzyl Butyrate,
- Benzyl Cinnamate,
- Benzyl Propionate,
- Benzyl Salicylate,
- Bergamot Oil,
- Bisabolene,
- Black Currant Buds Absolute,
- Borneol,
- Bornyl Acetate,
- Buchu Leaf Oil,
- 1,3-Butanediol,
- 2,3-Butanedione,
- 1-Butanol,
- 2-Butanone,
- 4(2-Butenylidene)-3,5,5-Trimethyl-2-Cyclohexen-1-One,
- Butter, Butter Esters, and Butter Oil,
- Butyl Acetate,
- Butyl Butyrate,
- Butyl Butyryl Lactate,
- Butyl Isovalerate,
- Butyl Phenylacetate,
- Butyl Undecylenate,

- 3-Butylidenephthalide,
- Butyric Acid,
- Cadinene,
- Caffeine,
- Calcium Carbonate,
- Camphene,
- Cananga Oil,
- Capsicum Oleoresin,
- Caramel Color,
- Caraway Oil,
- Carbon Dioxide,
- Cardamom Oleoresin, Extract, Seed Oil, and Powder,
- Carob Bean and Extract,
- beta-Carotene,
- Carrot Oil,
- Carvacrol,
- 4-Carvomenthenol,
- 1-Carvone,
- beta-Caryophyllene,
- beta-Caryophyllene Oxide,
- Cascarilla Oil and Bark Extract,
- Cassia Bark Oil,
- Cassie Absolute and Oil,
- Castoreum Extract, Tincture and Absolute,
- Cedar Leaf Oil,
- Cedarwood Oil Terpenes and Virginiana,
- Cedrol,
- Celery Seed Extract, Solid, Oil, And Oleoresin,
- Cellulose Fiber,
- Chamomile Flower Oil And Extract,
- Chicory Extract,
- Chocolate,
- Cinnamaldehyde,
- Cinnamic Acid,
- Cinnamon Leaf Oil, Bark Oil, and Extract,
- Cinnamyl Acetate,
- Cinnamyl Alcohol,
- Cinnamyl Cinnamate,
- Cinnamyl Isovalerate,
- Cinnamyl Propionate,
- Citral,
- Citric Acid,
- Citronella Oil,
- dl-Citronellol,
- Citronellyl Butyrate,
- Citronellyl Isobutyrate,
- Civet Absolute,
- Clary Oil,

- Clover Tops, Red Solid Extract,
- Cocoa,
- Cocoa Shells, Extract, Distillate And Powder,
- Coconut Oil,
- Coffee,
- Cognac White and Green Oil,
- Copaiba Oil,
- Coriander Extract and Oil,
- Corn Oil,
- Corn Silk,
- Costus Root Oil,
- Cubeb Oil,
- Cuminaldehyde,
- para-Cymene,
- 1-Cysteine,
- Dandelion Root Solid Extract,
- Davana Oil,
- 2-trans, 4-trans-Decadienal,
- delta-Decalactone,
- gamma-Decalactone,
- Decanal,
- Decanoic Acid,
- 1-Decanol,
- 2-Decenal,
- Dehydromenthofurolactone,
- Diethyl Malonate,
- Diethyl Sebacate,
- 2,3-Diethylpyrazine,
- Dihydro Anethole,
- 5,7-Dihydro-2-Methylthieno(3,4-D) Pyrimidine,
- Dill Seed Oil and Extract,
- meta-Dimethoxybenzene,
- para-Dimethoxybenzene,
- 2,6-Dimethoxyphenol,
- Dimethyl Succinate,
- 3,4-Dimethyl-1,2-Cyclopentanedione,
- 3,5- Dimethyl-1,2-Cyclopentanedione,
- 3,7-Dimethyl-1,3,6-Octatriene,
- 4,5-Dimethyl-3-Hydroxy-2,5-Dihydrofuran-2-One,
- 6,10-Dimethyl-5,9-Undecadien-2-One,
- 3,7-Dimethyl-6-Octenoic Acid,
- 2,4-Dimethylacetophenone,
- alpha,para-Dimethylbenzyl Alcohol,
- alpha,alpha-Dimethylphenethyl Acetate,
- alpha,alpha Dimethylphenethyl Butyrate,
- 2,3-Dimethylpyrazine,
- 2,5-Dimethylpyrazine,
- 2,6-Dimethylpyrazine,

- Dimethyltetrahydrobenzofuranone,
- delta-Dodecalactone,
- gamma-Dodecalactone,
- para-Ethoxybenzaldehyde,
- Ethyl 10-Undecenoate,
- Ethyl 2-Methylbutyrate,
- Ethyl Acetate,
- Ethyl Acetoacetate,
- Ethyl Alcohol,
- Ethyl Benzoate,
- Ethyl Butyrate,
- Ethyl Cinnamate,
- Ethyl Decanoate,
- Ethyl Fenchol,
- Ethyl Furoate,
- Ethyl Heptanoate,
- Ethyl Hexanoate,
- Ethyl Isovalerate,
- Ethyl Lactate,
- Ethyl Laurate,
- Ethyl Levulinate,
- Ethyl Maltol,
- Ethyl Methyl Phenylglycidate,
- Ethyl Myristate,
- Ethyl Nonanoate,
- Ethyl Octadecanoate,
- Ethyl Octanoate,
- Ethyl Oleate,
- Ethyl Palmitate,
- Ethyl Phenylacetate,
- Ethyl Propionate,
- Ethyl Salicylate,
- Ethyl trans-2-Butenoate,
- Ethyl Valerate,
- Ethyl Vanillin,
- 2-Ethyl (or Methyl)-(3,5 and 6)-Methoxypyrazine,
- 2-Ethyl-1-Hexanol, 3-Ethyl -2 -Hydroxy-2-Cyclopenten-1-One,
- 2-Ethyl-3, (5 or 6)-Dimethylpyrazine,
- 5-Ethyl-3-Hydroxy-4-Methyl-2(5H)-Furanone,
- 2-Ethyl-3-Methylpyrazine,
- 4-Ethylbenzaldehyde,
- 4-Ethylguaiaicol,
- para-Ethylphenol,
- 3-Ethylpyridine,
- Eucalyptol,
- Farnesol,
- D-Fenchone,
- Fennel Sweet Oil,



- Fenugreek, Extract, Resin, and Absolute,
- Fig Juice Concentrate,
- Food Starch Modified,
- Furfuryl Mercaptan,
- 4-(2-Furyl)-3-Buten-2-One,
- Galbanum Oil,
- Genet Absolute,
- Gentian Root Extract,
- Geraniol,
- Geranium Rose Oil,
- Geranyl Acetate,
- Geranyl Butyrate,
- Geranyl Formate,
- Geranyl Isovalerate,
- Geranyl Phenylacetate,
- Ginger Oil and Oleoresin,
- 1-Glutamic Acid,
- 1-Glutamine,
- Glycerol,
- Glycyrrhizin Ammoniated,
- Grape Juice Concentrate,
- Guaiac Wood Oil,
- Guaiacol,
- Guar Gum,
- 2,4-Heptadienal,
- gamma-Heptalactone,
- Heptanoic Acid,
- 2-Heptanone,
- 3-Hepten-2-One,
- 2-Hepten-4-One,
- 4-Heptenal,
- trans -2-Heptenal,
- Heptyl Acetate,
- omega-6-Hexadecenlactone,
- gamma-Hexalactone,
- Hexanal,
- Hexanoic Acid,
- 2-Hexen-1-Ol,
- 3-Hexen-1-Ol,
- cis-3-Hexen-1-Yl Acetate,
- 2-Hexenal,
- 3-Hexenoic Acid,
- trans-2-Hexenoic Acid,
- cis-3-Hexenyl Formate,
- Hexyl 2-Methylbutyrate,
- Hexyl Acetate,
- Hexyl Alcohol,
- Hexyl Phenylacetate,

- 1-Histidine,
- Honey,
- Hops Oil,
- Hydrolyzed Milk Solids,
- Hydrolyzed Plant Proteins,
- 5-Hydroxy-2,4-Decadienoic Acid delta- Lactone,
- 4-Hydroxy-2,5-Dimethyl-3(2H)-Furanone,
- 2-Hydroxy-3,5,5-Trimethyl-2-Cyclohexen-1-One,
- 4-Hydroxy -3-Pentenoic Acid Lactone,
- 2-Hydroxy-4-Methylbenzaldehyde,
- 4-Hydroxybutanoic Acid Lactone,
- Hydroxycitronellal,
- 6-Hydroxydihydrotheaspirane,
- 4-(para-Hydroxyphenyl)-2-Butanone,
- Hyssop Oil,
- Immortelle Absolute and Extract,
- alpha-Ionone,
- beta-Ionone,
- alpha-Irone,
- Isoamyl Acetate,
- Isoamyl Benzoate,
- Isoamyl Butyrate,
- Isoamyl Cinnamate,
- Isoamyl Formate, Isoamyl Hexanoate,
- Isoamyl Isovalerate,
- Isoamyl Octanoate,
- Isoamyl Phenylacetate,
- Isobornyl Acetate,
- Isobutyl Acetate,
- Isobutyl Alcohol,
- Isobutyl Cinnamate,
- Isobutyl Phenylacetate,
- Isobutyl Salicylate,
- 2-Isobutyl-3-Methoxypyrazine,
- alpha-Isobutylphenethyl Alcohol,
- Isobutyraldehyde,
- Isobutyric Acid,
- d,l-Isoleucine,
- alpha-Isomethylionone,
- 2-Isopropylphenol,
- Isovaleric Acid,
- Jasmine Absolute, Concrete and Oil,
- Kola Nut Extract,
- Labdanum Absolute and Oleoresin,
- Lactic Acid,
- Lauric Acid,
- Lauric Aldehyde,
- Lavandin Oil,

- Lavender Oil,
- Lemon Oil and Extract,
- Lemongrass Oil,
- 1-Leucine,
- Levulinic Acid,
- Licorice Root, Fluid, Extract and Powder,
- Lime Oil ,
- Linalool,
- Linalool Oxide,
- Linalyl Acetate,
- Linden Flowers,
- Lovage Oil And Extract,
- 1-Lysine,
- Mace Powder, Extract and Oil ,
- Magnesium Carbonate,
- Malic Acid,
- Malt and Malt Extract,
- Maltodextrin,
- Maltol,
- Maltyl Isobutyrate,
- Mandarin Oil,
- Maple Syrup and Concentrate,
- Mate Leaf, Absolute and Oil,
- para-Mentha-8-Thiol-3-One,
- Menthol,
- Menthone,
- Menthyl Acetate,
- dl-Methionine,
- Methoprene,
- 2-Methoxy-4-Methylphenol,
- 2-Methoxy-4-Vinylphenol,
- para-Methoxybenzaldehyde,
- 1-(para-Methoxyphenyl)-1-Penten-3-One,
- 4-(para-Methoxyphenyl)-2-Butanone,
- 1-(para-Methoxyphenyl)-2-Propanone,
- Methoxypyrazine,
- Methyl 2-Furoate,
- Methyl 2-Octynoate,
- Methyl 2-Pyrrolyl Ketone,
- Methyl Anisate,
- Methyl Anthranilate,
- Methyl Benzoate,
- Methyl Cinnamate,
- Methyl Dihydrojasmonate,
- Methyl Ester of Rosin, Partially Hydrogenated,
- Methyl Isovalerate,
- Methyl Linoleate (48%),
- Methyl Linolenate (52%) Mixture,

- Methyl Naphthyl Ketone,
- Methyl Nicotinate,
- Methyl Phenylacetate,
- Methyl Salicylate,
- Methyl Sulfide,
- 3-Methyl-1-Cyclopentadecanone,
- 4-Methyl-1-Phenyl-2-Pentanone,
- 5-Methyl-2-Phenyl-2-Hexenal,
- 5-Methyl-2-Thiophenecarboxaldehyde,
- 6-Methyl-3,5-Heptadien-2-One,
- 2-Methyl-3-(para-Isopropylphenyl) Propionaldehyde,
- 5-Methyl-3-Hexen-2-One,
- 1-Methyl-3Methoxy-4-Isopropylbenzene,
- 4-Methyl-3-Pentene-2-One,
- 2-Methyl-4-Phenylbutyraldehyde,
- 6-Methyl-5-Hepten-2-One,
- 4-Methyl-5-Thiazoleethanol,
- 4-Methyl-5-Vinylthiazole,
- Methyl-alpha-Ionone,
- Methyl-trans-2-Butenoic Acid,
- 4-Methylacetophenone,
- para-Methylanisole,
- alpha-Methylbenzyl Acetate,
- alpha-Methylbenzyl Alcohol,
- 2-Methylbutyraldehyde,
- 3-Methylbutyraldehyde,
- 2-Methylbutyric Acid,
- alpha-Methylcinnamaldehyde,
- Methylcyclopentenolone,
- 2-Methylheptanoic Acid,
- 2-Methylhexanoic Acid,
- 3-Methylpentanoic Acid,
- 4-Methylpentanoic Acid,
- 2-Methylpyrazine,
- 5-Methylquinoxaline,
- 2-Methyltetrahydrofuran-3-One,
- (Methylthio)Methylpyrazine (Mixture Of Isomers),
- 3-Methylthiopropionaldehyde,
- Methyl 3-Methylthiopropionate,
- 2-Methylvaleric Acid,
- Mimosa Absolute and Extract,
- Molasses Extract and Tincture,
- Mountain Maple Solid Extract,
- Mullein Flowers,
- Myristaldehyde,
- Myristic Acid,
- Myrrh Oil,
- beta-Naphthyl Ethyl Ether,

- Nerol,
- Neroli Bigarde Oil,
- Nerolidol,
- Nona-2-trans,6-cis-Dienal,
- 2,6-Nonadien-1-Ol,
- gamma-Nonalactone,
- Nonanal,
- Nonanoic Acid,
- Nonanone,
- trans-2-Nonen-1-Ol,
- 2-Nonenal,
- Nonyl Acetate,
- Nutmeg Powder and Oil,
- Oak Chips Extract and Oil,
- Oak Moss Absolute,
- 9,12-Octadecadienoic Acid (48%) And 9,12,15-Octadecatrienoic Acid (52%),
- delta-Octalactone,
- gamma-Octalactone,
- Octanal,
- Octanoic Acid,
- 1-Octanol,
- 2-Octanone,
- 3-Octen-2-One,
- 1-Octen-3-Ol,
- 1-Octen-3-Yl Acetate,
- 2-Octenal,
- Octyl Isobutyrate,
- Oleic Acid ,
- Olibanum Oil,
- Opoponax Oil And Gum,
- Orange Blossoms Water, Absolute, and Leaf Absolute,
- Orange Oil and Extract,
- Origanum Oil,
- Orris Concrete Oil and Root Extract,
- Palmarosa Oil,
- Palmitic Acid,
- Parsley Seed Oil,
- Patchouli Oil,
- omega-Pentadecalactone,
- 2,3-Pentanedione,
- 2-Pentanone,
- 4-Pentenoic Acid,
- 2-Pentylpyridine,
- Pepper Oil, Black And White,
- Peppermint Oil,
- Peruvian (Bois De Rose) Oil,
- Petitgrain Absolute, Mandarin Oil and Terpeneless Oil,

- alpha-Phellandrene,
- 2-Phenethyl Acetate,
- Phenethyl Alcohol,
- Phenethyl Butyrate,
- Phenethyl Cinnamate,
- Phenethyl Isobutyrate,
- Phenethyl Isovalerate,
- Phenethyl Phenylacetate,
- Phenethyl Salicylate,
- 1-Phenyl-1-Propanol,
- 3-Phenyl-1-Propanol,
- 2-Phenyl-2-Butenal,
- 4-Phenyl-3-Buten-2-ol,
- 4-Phenyl-3-Buten-2-One,
- Phenylacetaldehyde,
- Phenylacetic Acid,
- 1-Phenylalanine,
- 3-Phenylpropionaldehyde,
- 3-Phenylpropionic Acid,
- 3-Phenylpropyl Acetate,
- 3-Phenylpropyl Cinnamate,
- 2-(3-Phenylpropyl)Tetrahydrofuran,
- Phosphoric Acid,
- Pimenta Leaf Oil,
- Pine Needle Oil, Pine Oil, Scotch,
- Pineapple Juice Concentrate,
- alpha-Pinene, beta-Pinene,
- D-Piperitone,
- Piperonal,
- Pipsissewa Leaf Extract,
- Plum Juice,
- Potassium Sorbate,
- 1-Proline,
- Propenylguaethol,
- Propionic Acid,
- Propyl Acetate,
- Propyl para-Hydroxybenzoate,
- Propylene Glycol,
- 3-Propylidenephthalide,
- Prune Juice and Concentrate,
- Pyridine,
- Pyroligneous Acid And Extract,
- Pyrrole,
- Pyruvic Acid,
- Raisin Juice Concentrate,
- Rhodinol,
- Rose Absolute and Oil,
- Rosemary Oil,

- Rum,
- Rum Ether,
- Rye Extract,
- Sage, Sage Oil, and Sage Oleoresin,
- Salicylaldehyde,
- Sandalwood Oil, Yellow,
- Sclareolide,
- Skatole,
- Smoke Flavor,
- Snakeroot Oil,
- Sodium Acetate,
- Sodium Benzoate,
- Sodium Bicarbonate,
- Sodium Carbonate,
- Sodium Chloride,
- Sodium Citrate,
- Sodium Hydroxide,
- Solanone,
- Spearmint Oil,
- Styrax Extract, Gum and Oil,
- Sucrose Octaacetate,
- Sugar Alcohols,
- Sugars,
- Tagetes Oil,
- Tannic Acid,
- Tartaric Acid,
- Tea Leaf and Absolute,
- alpha-Terpineol,
- Terpinolene,
- Terpinyl Acetate,
- 5,6,7,8-Tetrahydroquinoxaline,
- 1,5,5,9-Tetramethyl-13-Oxatricyclo(8.3.0.0(4,9))Tridecane,
- 2,3,4,5, and 3,4,5,6-Tetramethylethyl-Cyclohexanone,
- 2,3,5,6-Tetramethylpyrazine,
- Thiamine Hydrochloride,
- Thiazole,
- 1-Threonine,
- Thyme Oil, White and Red,
- Thymol,
- Tobacco Extracts,
- Tocopherols (mixed),
- Tolu Balsam Gum and Extract,
- Tolualdehydes,
- para-Tolyl 3-Methylbutyrate,
- para-Tolyl Acetaldehyde,
- para-Tolyl Acetate,
- para-Tolyl Isobutyrate,
- para-Tolyl Phenylacetate,

- Triacetin,
- 2-Tridecanone,
- 2-Tridecenal,
- Triethyl Citrate,
- 3,5,5-Trimethyl -1-Hexanol,
- para,alpha,alpha-Trimethylbenzyl Alcohol,
- 4-(2,6,6-Trimethylcyclohex-1-Enyl)But-2-En-4-One,
- 2,6,6-Trimethylcyclohex-2-Ene-1,4-Dione,
- 2,6,6-Trimethylcyclohexa-1,3-Dienyl Methan,
- 4-(2,6,6-Trimethylcyclohexa-1,3-Dienyl)But-2-En-4-One,
- 2,2,6-Trimethylcyclohexanone,
- 2,3,5-Trimethylpyrazine,
- 1-Tyrosine,
- delta-Undercalactone,
- gamma-Undecalactone,
- Undecanal,
- 2-Undecanone, 1
- 0-Undecenal,
- Urea,
- Valencene,
- Valeraldehyde,
- Valerian Root Extract, Oil and Powder,
- Valeric Acid,
- gamma-Valerolactone,
- Valine,
- Vanilla Extract And Oleoresin,
- Vanillin,
- Veratraldehyde,
- Vetiver Oil,
- Vinegar,
- Violet Leaf Absolute,
- Walnut Hull Extract,
- Water,
- Wheat Extract And Flour,
- Wild Cherry Bark Extract,
- Wine and Wine Sherry,
- Xanthan Gum,
- 3,4-Xylenol,
- Yeast

Listen er tatt fra: <http://www.drugs.indiana.edu/druginfo/additives.html>

***Bilag 3. Ingredients and additives used in the manufacturing of cigarettes and cigarette tobacco sold in British Columbia.***

### *Background*

On July 31, 1998, the Government of British Columbia (B.C.) became the first jurisdiction in the world to require tobacco companies to both reveal the addi-



tives and ingredients in each brand of cigarettes, and to provide a detailed chemical analysis of the smoke of each brand of cigarettes.

The Tobacco Testing and Disclosure Regulation, authorized under recent amendments to the Tobacco Sales Act:

- requires manufacturers who wish to sell cigarettes in B.C. to provide the B.C. Ministry of Health with a list of all additives and ingredients used in their manufacture (this includes tobacco, paper, filters and glue). (Tabell 2.9).
- requires manufacturers to test the smoke from their cigarettes (both the mainstream smoke, which smokers inhale, as well as the sidestream or second-hand smoke) for 44 specific substances.

The reporting requirements are phased in over 12 months:

- By September 15, 1998, tobacco companies were required to disclose all additives and ingredients in each cigarette brand, including the chemicals used to treat papers and filters. These reports were filed.
- By October 31, 1998, tobacco companies were required to provide reports on the presence of 40 selected chemicals and other parameters in the smoke of cigarette brands with at least 2% market share. There are 11 brands in this category, representing 50% of the cigarette market in B.C. All companies complied and provided the required reports.
- By January 31, 1999, tobacco companies are required to provide reports on the presence of tobacco specific nitrosamines for cigarette brands with at least 2% market share.
- By February 28, 1999, tobacco companies are required to provide reports on the presence of 40 compounds in the smoke from cigarette brands with at least 1% market share. There are approximately 14 brands with a market share between 1% and 2%, together they represent approximately 20% of B.C.'s cigarette market.
- By April 30, 1999, tobacco companies are required to provide reports on the analysis of smoke from cigarette brands with at least 1% market share for the presence of tobacco specific nitrosamines.
- By June 30th, 1999, tobacco companies are required to provide reports on the analysis of smoke for 44 selected compounds, including tobacco specific nitrosamines, for all remaining cigarette brands.
- Thereafter, annual reports on all brands of cigarettes and cigarette tobacco will be filed on or before December 31st every year.

The Tobacco Testing and Disclosure Regulation provides explicit authority to the Minister of Health to make this information public if she decides it is in the public interest to do so.

#### *Results for 'light' cigarettes*

Many smokers think that 'light' cigarettes are safer than regular cigarettes, and that by smoking 'light' cigarettes they will inhale fewer cancer-causing chemicals, or less nicotine.

B.C.'s new smoking tests have shown how wrong this belief can be. The reports filed by the tobacco companies show that light cigarettes are likely to deliver as many (or more) poisons and toxins to smokers as regular cigarettes.

*B.C. tests show little difference in substances in light and regular cigarettes.*

The first wave of tests on cigarettes sold in B.C. shows that under the "realistic smoking condition" which the smoking machine approximates, there is very little difference between 'light' and 'regular' cigarettes. (Tabell 2.7). Light cigarettes can even produce higher amounts of tar, nicotine and carbon monoxide than the regular cigarettes tested. This is also true of the other compounds found in cigarette smoke, like cadmium, benzo[a]pyrene, benzene, etc.

*Misleading labels*

The values on cigarette packages for tar, nicotine and carbon monoxide can be much lower than those inhaled by smokers. That's because the label values are based on a measuring system developed decades ago by the International Standard Organization (ISO), which has not been changed in response to the new types of cigarettes on the market.

*Filter Vents: a loop-'hole' to lower machine readings*

Many cigarettes are now made with tiny holes around the filter which allow extra air to mix with cigarette smoke and give lower tar and nicotine readings on a smoking machine. On some cigarettes, these holes are visible to the human eye; on others, they are almost impossible to see. Most 'light' cigarettes have these dilution holes.

In 1975, when the 'standard' testing method was well established, fewer than 1% of Canada's cigarettes were made with ventilation holes. The drive for light cigarettes in that decade radically transformed the cigarette market: by 1983, almost half of the cigarettes sold in Canada were 'ventilated.'

*Machine-smoking and real smoking*

Smoking machines don't block the ventilation holes, and so the smoke they measure is highly diluted with fresh air. This is not true for smokers.

It is difficult for smokers to avoid covering up the vent-holes. The holes are difficult to see, and they are placed on the part of the filter where they are automatically covered by fingers and lips.

Real smokers also inhale more often, and more deeply, than the machine does. The machine puffs only once per minute, and inhales only one tenth of a pop-can of smoke per puff. Real smokers puff several times a minute, and breathe in much larger quantities of smoke.

**Tabell 2.7: Tjære og nikotin innhold i sigaretter solgt i British Columbia målt med ISO metode og under realistiske røyke betingelser.**

Brand	Tar values (mg/cig)			Nicotine Values (mg/cig)		
	Values on Package	Standard ISO Test	"Realistic Smoking" Test	Values on Package	Standard ISO Test	"Realistic Smoking" Test
duMaurier King Size	15	15.2	36.9	1.3	1.37	3.23
duMaurier Light King Size	12	12.1	38.24	1.2	1.28	3.43
duMaurier Regular	13	14.4	33.6	1	1.23	2.85
Player's Regular	16	16.5	37.2	1.4	1.48	3.27
Player's Light King Size	13	13.7	33.3	1.3	1.38	3.02
Player's Extra Light Regular	11	11.8	31.4	1.1	1.21	2.94
Player's Light Regular	13	13.9	34.15	1.2	1.25	3.27
Matinee Extra Mild King Size	4	4.7	26	.4	.48	2.24
Rothmans King Size	15	15.8	34.2	1.3	1.31	2.88
Export A Regular	16	15	34	1.3	1.41	3.1
Export A Light Regular	13	13	28	1.2	1.1	2.4

For both these reasons, smokers can inhale much higher levels of cancer-causing chemicals, addictive nicotine and poisonous carbon monoxide than the levels listed on the package.

*Better tests. Better results.*

The British Columbia regulations require tobacco companies to test their cigarettes using both the older ISO standard and a new method developed by Health Canada to reflect realistic smoking conditions. Each of the 44 chemicals must be tested for mainstream and sidestream (second-hand) smoke under both these conditions.

Health Canada's methods measure "intense" or "realistic smoking" conditions. They provide more probable results for those who smoke light cigarettes – more puffs per minute; deeper inhalation, fingers and lips blocking the filter holes. (Tabell 2.8).

**Tabell 2.8: Røykeparametre ved standard ISO metode og ved Kanadiske helsemyndigheters realistiske metode**

	Standard ISO	«Realistic Smoking»
puff volume	35 ml	56 ml
puff interval	60 seconds	20 seconds
puff duration	2 seconds	2 seconds
ventilation holes	not blocked	blocked

*Smokers' beliefs*

Are Canadian smokers fooled by the cigarette labels? Does it make a difference to their health?

Health Canada research found that:

- Of Canadian smokers, 57% of women and 53% of men smoke 'light' cigarettes.
- When asked what they thought "light" meant, almost half of smokers (47%) thought it meant less nicotine; one third (33%) thought it meant less tar. Only 9% thought it had to do with a 'milder taste.'

American research has shown:

- More than half of smokers (and almost 2/3 of smokers of 'light' cigarettes) think that there is reduced tar, nicotine or harm in "light" cigarettes.
- fewer than 1 in 10 smokers knows that light cigarettes can give the same amount of tar as regular cigarettes.
- One third of those who smoke 'light' cigarettes say they would be likely to quit smoking on learning that one light cigarette is as dangerous as a regular cigarette.
- The reason given by 4 'light' smokers in 10 for switching to 'light' cigarettes was to reduce their health risks.

**Tabell 2.9: Example of data on a brand Additives and Ingredients of: Marlboro King Size**

	Name	Chemical Name	Brand Name	CAS Number	Biological Origin	Introduced to
A) Additives	1 Triacetin/Filter Bonding Agent	Glycerol Triacetate	Triacetin	102-76-1		Filter
	2 PVA Adhesive/Cigarette Seam Adhesive					Paper
	3 PVA Adhesive/Tipping Adhesive					Filter
	4 Filter Wrapper Adhesive/Hot Melt					Filter
	5 Die Imprint Ink bronze					Paper

**Tabell 2.9: Example of data on a brand Additives and Ingredients of: Marlboro King Size**

	Name	Chemical Name	Brand Name	CAS Number	Biological Origin	Introduced to
B) Ingredients (Cigarette)	1 Tobacco					Tobacco
	2 Water			7732-18-5		Tobacco
	3 Reconstructed Tobacco					Tobacco
B) Ingredients (Filter)	1 Cellulose Diacetate/Filter Material	Cellulose Diacetate		9004-35-7		Filter
	2 Titanium Dioxide/Whitening Agent	Titanium Dioxide		13463-67-7		Filter
	3 Mineral Oil/ Process Lubricant			8012-95-1		Filter
	4 Water					Filter
	5 Sorbitan Monolaurate			1338-39-2		Filter
	6 Eloxylated Sorbitan Monolaurate			9005-64-5		Filter
B) Ingredients (Filter Paper Wrapper)	7 Cellulose (web)			9004-34-6		Filter
	8 Calcium Carbonate (filler)			471-34-1		Filter
B) Ingredients (Tipping Paper)	9 Water			7732-18-5		Filter
	10 Cationic Starch (retention)			56780-58-6		Filter
	11 Polyvinyl Alcohol (sizing)			9002-89-5		Filter
	12 Boric acid (Cross-linking)			10043-35-3		Filter
	13 Fumeric acid (PH control)			110-17-8		Filter
	14 Defoamer	Polyglycol Ester in oil				Filter
	15 Defoamer mixture					Filter
	16 DeTac					Filter
	17 Cellulose (web)			9004-34-6		Filter
	18 Calcium Carbonate (filler)			471-34-1		Filter
	18 Water			7732-18-5		Filter

**Tabell 2.9: Example of data on a brand Additives and Ingredients of: Marlboro King Size**

	Name	Chemical Name	Brand Name	CAS Number	Biological Origin	Introduced to
B) Ingredients (Cigarette Paper)	20	Hydroxyethylated Starch (sizing)		9005-27-0		Filter
	21	Cationic Starch (retention)		56780-58-6		Filter
	22	Defoamer	Polyglycol Ester in oil			Filter
	23	Defoamer mixture				Filter
	24	DeTac				Filter
	1	Cellulose/Paper Base		9004-34-6	Linum Usitatisium	Paper
	2	Calcium Carbonate/Chalk	Calcium Carbonate	471-34-1		Paper
	3	Mono Ammonium Phosphate		7722-76-1		Paper
	4	Water		7732-18-5		Paper
	5	Depolymerized Guar Gum				Paper
B) Ingredients (Cigarette Seam Adhesive)	6	Cationic acrylamide polymer in oil				Paper
	7	Defoamer	Polyglycol Ester in oil			Paper
	1	Ethylene-vinyl acetate copolymer		24937-78-8		Paper
	2	Polyvinyl Alcohol		Mixture		Paper
	3	Defoamer		Proprietary		Paper
	4	Preservative		Mixture		Paper
	1	PVA Adhesive/Tipping Adhesive (film former)	Polyvinyl Acetate	9003-20-7		Filter
	2	Plasticizer	1,2-Benzenedicarboxylic acid, butyl phenylmethyl ester	85-68-7		Filter
	3	Sugar (Humectants)		57-50-1		Filter
	4	Propylene Glycol (Humectant)		57-55-6		Filter
B) Ingredients (PVA Tipping Adhesives)	5	Polyvinyl alcohol (film former)		25213-24-5		Filter

**Tabell 2.9: Example of data on a brand Additives and Ingredients of: Marlboro King Size**

	Name	Chemical Name	Brand Name	CAS Number	Biological Origin	Introduced to
B) Ingredients (Filter Wrapper Adhesive/Hot Melt)	1	Vinyl acetate ethylene copolymer (film former)	Acetic acid ethenyl ester, polymer with ethene	24937-78-8		Filter
	2	Microcrystallin (diluent)	Paraffin and hydrocarbon waxes, microcrystallin	63231-60-7		Filter
	3	Tackfiller	Benzene, ethenyl-polymer with (1-Methylethenyl) benzene	9011-11-4		Filter
B) Ingredients (Tipping Inks)	1	cork				Filter

## Kapittel 3

# Helseskader ved aktiv og passiv røyking

### 3.1 Innledning

---

Tobakksrøyk består av en kompleks blanding av kjemiske stoffer som hovedsakelig dannes ved ufullstendig forbrenning av tobakk. I tillegg kommer stoffer som fordampes ved oppvarming av tobakk (slik som hovedkomponenten nikotin). Omkring 4 000 ulike kjemiske stoffer er identifisert i tobakksrøyk og mange av disse kan gi helseskader. Nikotin påvirker sentralnervesystemet og er det stoffet i tobakk som er årsaken til avhengighet. De biologiske prosesser som skaper avhengighet av tobakk likner de prosesser som gir avhengighet av narkotika som heroin og kokain. Den avhengighetsskapende effekten av nikotin vil bli omtalt i punkt 4.4 nedenfor (se forøvrig Dybing og Sanner, 1994).

De fleste undersøkelser av helseskader ved aktiv og passiv røyking er gjort med fabrikkfremstilte sigaretter. Dette kapitlet er i stor grad basert på informasjon som er referert i utredningene: US Department of Health and Human Services (1989); International Agency for Research on Cancer (1986); Sosialdepartementet (1992); Sosial- og helsedepartementet (1994); National Health and Medical Research Council (1997); National Cancer Institute (1999). Opplysningene som er tatt fra disse er bare i enkelte tilfeller angitt med originale referanser.

Hovedstrømsrøyk kalles den røyken som røykeren får i seg når vedkommende tar et drag av sigaretten. Sidestrømsrøyken er den røyken som går ut i luften mellom dragene. Det tar omtrent 7 minutter å røyke en sigarett. I løpet av denne tiden vil en gjennomsnittsrøyker av en lavnikotin- eller mediumnikotinsigarett ta mellom 10 og 15 drag (Djordjencic *et al.*, 1995). Hvert drag har en varighet på mellom 1,5 til 2 sekunder. Mellom dragene vil røykeren være utsatt for passiv røyking. Passiv røyking kalles det når man puster luft som er forurensset med tobakksrøyk. Ved passiv røyking er man hovedsakelig utsatt for sidestrømsrøyk, men i tillegg vil en ved passiv røyking få i seg noe av den røyken som røykeren puster ut og gasser som kan sive ut gjennom sigarettpapiret.

De kjemiske stoffene i tobakksrøyken kan påvirke cellene i luftveiene, og de kan tas opp i organismen gjennom slimhinnene i luftveiene og fra lungeblærene. Derved kommer stoffene over i blodbanen og blir transportert rundt i hele kroppen. De forskjellige stoffene i sigaretttrøyk kan derfor føre til skader i luftveiene og lungene så vel som i andre organer. Dette kapitlet inneholder informasjon om helseskader funnet i studier hvor røykere er sammenliknet med ikke-røykere, og personer utsatt for passiv røyking er sammenliknet med personer som ikke er utsatt for passiv røyking.

Et stort antall undersøkelser har vist at røykere er mer utsatt for sykdommer og ofte utvikler sykdommer som vanligvis rammer eldre mennesker. Dette fører til at røykere i gjennomsnitt dør tidligere enn ikke-røykere. Gener-



elt regner man at hver tredje daglig-røyker dør tidligere enn normalt som følge av helseskader ved røyking. I en nyere undersøkelse blant britiske leger (Doll *et al.*, 1994), ble det funnet at hver annen røyker døde tidligere enn deres ikke-røykende kollegaer. Halvparten av de som dør av tobakksskader dør før de når pensjonsalderen og disse mister 20–25 år i forhold til levetiden for en gjennomsnitts ikke-røyker (Peto, 1994). Det kan beregnes at i gjennomsnitt forkortes livet med mellom 7 og 10 minutter for hver sigarett som røykes.

Kreft, hjerte- og karsykdommer og luftveissykdommer er de viktigste dødsårsakene ved røyking. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til betydelig helseplager og redusert livskvalitet. I dag er det flest menn som rammes av røykerelaterte sykdommer. Dette skyldes at det i de eldre aldersklasser fremdeles er flere menn enn kvinner som røyker og at kvinnene først har begynt å røyke i de senere år. Røykeandelen for kvinner og menn er nå noenlunde like stor, og det forventes en større økning i røykerelaterte sykdommer og dødsfall for kvinner. Alle undersøkelser viser at kvinner har minst like stor risiko som menn for å utvikle helseskader ved røyking.

Det er antatt at det her i landet årlig dør omkring 7 500 personer som følge av røyking (Sanner, 1991; Sosial- og helsedepartementet, 1994).

Risikoen for alvorlige helseskader ved røyking øker jo tidligere en person begynner å røyke. I en undersøkelse fra Storbritannia (Tang *et al.*, 1995) konkluderes det med at dødelighet fra alle røykerelaterte sykdommer blant dem som røyker filtersigaretter, er 9 % lavere enn dem som røyker sigaretter uten filter (95 % konfidensintervall (KI)=1 % til 17 %). Det ble også gjort en sammenlikning av dem som røykte sigaretter med mindre enn 15 mg tjære og dem som røykte sigaretter med mer enn 15 mg tjære. I denne undersøkelsen ble det funnet en reduksjon i dødeligheten av tobakksrelaterte sykdommer hos dem som røykte sigaretter med mindre enn 15 mg tjære på gjennomsnittlig 23 % (95 % KI=10–35 %). Det foreligger undersøkelser som tyder på at nikotinavhengigheten er sterkere og at risikoen for lungekreft er høyere blant dem som røyker håndrullede sigaretter (rullings) enn blant dem som røyker fabrikkfremstilte sigaretter. Sykdomsrisikoen blant dem som bare har røykt pipe eller sigarer er lavere enn blant sigaretttrøykere. På den annen side synes det ikke som sigaretttrøykeren reduserer sykdomsrisikoen vesentlig ved å gå over til å røyke pipe eller sigarer.

Mange føler ubehag når de utsettes for passiv røyking. Symptomene varierer fra irritasjon av øyne og øvre luftveier til hoste og tungpustethet. Hos barn fra hjem hvor det røykes, finner man økt hyppighet av infeksjoner i de nedre luftveier, i mellomøret samt økt risiko for å utvikle astma. Passiv røyking blant gravide kan føre til redusert fødselsvekt. Stadig flere undersøkelser viser at passiv røyking etter fødselen øker risikoen for krybbedød. Langtidseksponering for tobakksrøyk i omgivelsene øker risikoen for lungekreft og hjertesykdommer. Det er anslått at det her i landet hvert år dør 50 ikke-røykere av lungekreft og 300–500 av hjertesykdommer som skyldes passiv røyking.

## 3.2 Aktiv røyking

---

### 3.2.1 Skader og sykdommer i munnhule og luftveier

Gulfarging av tenner er vanlig hos røykere og skyldes at fargestoffer i tobakksrøyken setter seg fast i små ujevnheter i tennene. Flere undersøkelser har vist at røyking øker risikoen for tannkjøttssykdommer opptil 6 ganger (Bergström og Preber, 1994; Mullally og Linden, 1996). Videre har røykere oftere problemer ved implantering av tenner enn ikke-røykere. Røyken passerer smakspapillene og luktepapillene i munn- og nesehule og påfører disse skader som resulterer i nedsatt lukte- og smaksevne blant røykere.

Sykdomssymptomer fra luftveiene som tungpustethet, hoste og økt slimproduksjon forekommer oftere hos røykere enn hos ikke-røykere. Symptomene kan komme i alle aldersgrupper, men siden de øker med antall sigaretter og antall år vedkommende har røykt, vil symptomene øke med alderen. Morgenhoste forekommer hos 5–10 % av ikke-røykere mot 20–50 % av røykere.

Sigarettrøyking gir en betennelsesliknende reaksjon i luftveiene som ledsages av forandringer i luftrørgrenene. Samtidig fører røyking til at flimmerhårene i luftveiene skades, til økt slimproduksjon og til at slimet forandrer egenskaper slik at den normale transporten av slim opp av luftveiene reduseres. Hos dagligrøykere kan flimmerhårene påføres betydelige skader og vil ofte forsvinne helt i enkelte områder. Disse effektene av tobakksrøyking fører til at partikkelformige luftforurensninger som kommer ned i luftveiene, fjernes langsommere enn hos ikke-røykere. Dette kan være en medvirkende årsak til at røykere påvirkes i større grad av luftforurensninger enn ikke-røykere. Disse virkningene av tobakksrøyk i luftveiene kan også forklare hvorfor røykere oftere får lungebetennelse og andre lungekomplikasjoner etter kirurgiske inngrep enn ikke-røykere (Lange *et al.*, 1992).

Røykere har oftere luftveisinfeksjoner enn ikke-røykere på grunn av nedsatt motstandskraft. Flere studier har således vist at røykere utvikler forkjølelse og influensa hyppigere enn ikke-røykere. I en undersøkelse fra Storbritannia ble det funnet at forkjølelse forekom 30 % hyppigere blant personer som røykte mer enn 15 sigaretter om dagen enn hos ikke-røykere. Spørsmålet har vært reist om dette skyldes at røykere i større grad enn ikke-røykere omgås personer som har en luftveisinfeksjon. I en undersøkelse av Cohen *et al.* (1993) hvor en rekke frivillige ble infisert med ulike forkjølelsesvirus i nesedråper, viste imidlertid at røykere lettere utvikler forkjølelse.

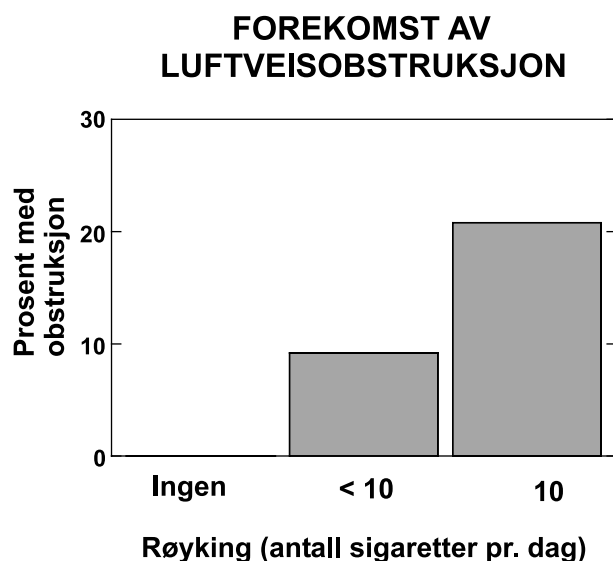
Lungenes evne til å forsyne blodet med oksygen og til å skille ut karbondioksid kalles lungenes respiratoriske funksjon. Lungenes respiratoriske funksjon inndeles i belgfunksjon eller ventilasjon, gjennomblødning og gassutskifting mellom luft- og lungeblærer og blod i lungenes hårrørsnett. Pustemålinger eller spiometri er en enkel undersøkelse av belgfunksjonen. Den går ut på å måle den mengde luft et individ kan puste ut av lungene (vitalkapasitet, FVC) og dessuten fastslå evnen til å puste hurtig ut, for eksempel ved å måle hvor stort volum som kan blåses ut i løpet av et sekund (FEV1).

FEV1 er hos lungefriske aldri-røykere stabil mellom 18–35 års alder. Deretter faller FEV1 normalt med alderen. Det foreligger en meget omfattende dokumentasjon som viser at FEV1 reduseres mer hos røykere enn hos ikke-røykere med alderen. I tillegg er det funnet at luftforurensninger som

svevestøv og svoveldioksid reduserer FEV1 og FVC, men at effekten av luftforurensninger er signifikant større hos røykere enn hos ikke-røykere (Xu og Wang, 1998). Uavhengig av røyking representerer redusert FEV1 og FVC risikofaktorer for økt sykkelighet av hjerte- og karsykdommer. Personer som røyker har dårligere lungefunksjon enn ikke-røykere. Effekten avhenger av antall sigaretter som vedkommende har røykt.

Tiltakende luftstrømsobstruksjon (nedsatt luftgjennomstrømming) øker i hyppighet fra 50-års alderen og kan være betinget av langvarig røyking. Lungene har imidlertid betydelig reservekapasitet, og det er dårlig overensstemmelse mellom funksjonsverdi og symptomer. I mange tilfeller kan derfor lungefunksjonen reduseres betraktelig før tilstanden gir pustebesvær eller plagsom hoste med oppspytt.

Kronisk bronkitt refererer seg til en vedvarende tilstand som følge av økt slimdannelse og strukturelle forandringer i bronkiene (lufrørsgrenene). Ved lunge-emfysem er lungeblærene skadet og overflaten som kan oppta oksygen er redusert. I praksis kan det ofte være vanskelig å skille mellom kronisk bronkitt og emfysem. Begge tilstandene kan ofte være tilstede hos de samme individene, og begge tilstandene er karakterisert ved obstruksjon ved utånding.



Figur 3.1 Forekomst av økt luftveismotstand hos menn i alderen 22-59 år målt som spirometrisk obstruksjon ( $FEV_1/FVC < 65\%$ ) ved røyking (Hummerfelt og Gulsvik, 1995).

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en tilstand preget av økt motstand i luftveiene og av trange luftveier. KOLS brukes ofte som en samlebetegnelse for emfysem og kronisk obstruktiv bronkitt, og gir symptomer som kronisk hoste, tungpustethet og piping i brystet. Som mål på KOLS brukes ofte spirometriske obstruksjonsmålinger som FEV1/FVC. Røyking er den viktigste årsaken til obstruktiv lungesykdom. Fig. 3.1 viser forekomst av kronisk obstruktiv lungesykdom angitt ved spirometrisk luftveisobstruksjon i en norsk undersøkelse (Hummerfeldt og Gulsvik, 1995). Omkring 8 % av

befolkningen her i landet har en eller annen form for obstruktiv lungesykdom. Astma hos voksne kan ses som en del av kronisk obstruktiv luftveissykdom som i tillegg kan bestå av kronisk bronkitt og emfysem.

I en studie i Hordaland (Bakke *et al.*, 1991) hadde 3,4 prosent av befolkningen på 35–54 år kronisk obstruktiv lungesykdom. I aldersgruppen 55–73 år var forekomsten 13,5 prosent. Hvis dette er representativt for Norge, kan vi regne med at 140 000 personer har kronisk obstruktiv lungesykdom. Statens helseundersøkelser (2 000) fant at 70–80 prosent av tilfellene kan tilskrives røyking, dvs. rundt 100 000 personer har kronisk obstruktiv lungesykdom som kan tilskrives tobakksrøyking i denne aldersgruppen.

### 3.2.2 Kreft

**Tabell 3.1: Hyppigheten av enkelte kreftformer og effekt av røyking på risikoen for utvikling av kreft (Kreftregisteret, 1999).**

Kreftform	Antall tilfeller pr år <sup>A</sup>		Øking i risiko ved røyking <sup>B</sup>
	Menn	Kvinner	
Lunge	1.234	602	+++
Munnhule	206	109	++
Spiserør	108	45	++
Magesekk	440	297	++
Tykktarm/endetarm	1.430	1.552	+
Bukspyttkjertel	268	293	++
Urinblære	802	268	++
Nyrer	323	228	++
Livmorhals	---	366	++
Livmorlegemet	---	463	- <sup>C</sup>
Eggstokk	---	466	0
Skjede/skamlepper	---	117	+
Prostata	2.389	---	0
Testikkel	205	---	0
Brystkjertel	---	2.326	?
Blodkreft	215	176	+

<sup>A</sup> Gjennomsnitt for perioden 1994–96. <sup>B</sup> +++ angir at risikoøkningen ved røyking er > 10 ganger, ++ angir at økningen er 2–10 ganger og + angir at økningen er opptil 2 ganger, 0 ingen økning. <sup>C</sup> Røyking beskytter mot kreftutvikling etter klimakteriet.

Tobakksrøyk inneholder mer enn 50 kjente kreftfremkallende stoffer (se kapittel 2). Det er derfor ikke overraskende at røyking fører til økt hyppighet av kreft.

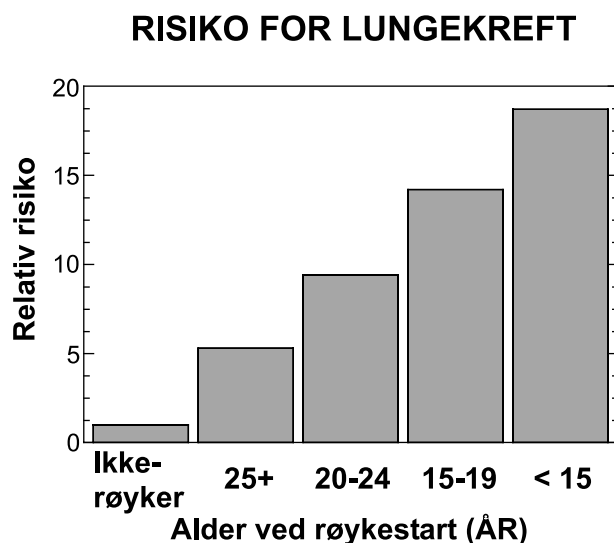
De kreftfremkallende stoffene i sigarettøyk kommer i direkte kontakt med cellene i luftveiene og lungene. En vesentlig del av de kreftfremkallende stoffene i røyken, vil imidlertid gå over i blodet og transporteres til andre organer i kroppen slik at kreft kan utvikles i en rekke organer og vev. I alle

undersøkelser synes kreftrisikoen å øke lineært med antall sigaretter. Det er ikke noe sikkert nedre antall sigaretter per dag eller uke som ikke øker risikoen for kreft. Tabell 3.1 viser antall personer som utvikler en del vanlige kreftformer og effekt av røyking.

*Lungekreft* er den sykdommen som har fått størst oppmerksomhet i forbindelse med røyking (Hecht, 1999). Det henger sammen med at det lenge har vært kjent at risikoen for lungekreft er økt betydelig blant røykere og at lungekreft er den kreftformen som har den største risikoøkningen.

Risikoen for å utvikle lungekreft ved røyking øker jo tidligere en person begynner å røyke. Således har f.eks. en gutt som begynner å røyke når han er under 15 år, dobbelt så stor risiko for å utvikle lungekreft som en ung mann som begynner å røyke mellom 20 og 24 år (Fig. 3.2).

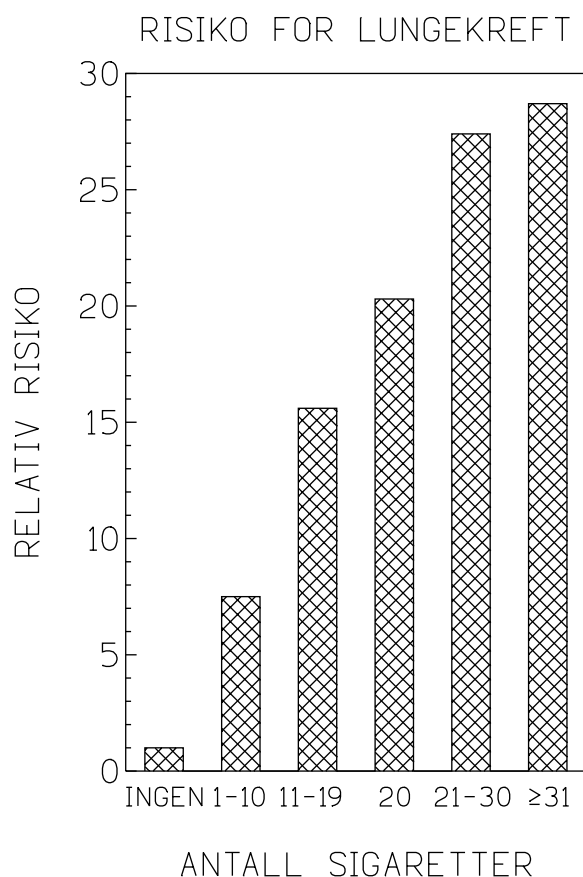
Tidligere var det mange som hevdet at risikoen for lungekreft ved røyking var lavere blant kvinner enn blant menn. Nyere undersøkelser fra USA tyder imidlertid på at kvinner har 20–70 % høyere risiko for lungekreft enn menn (Zang og Wynder, 1996, Shriver *et al.*, 2 000). I Europa hvor kvinnene ikke har røykt så lenge som i USA synes nå risikoen for kvinner og menn i epidemiologiske å være like høye (Kreuzer *et al.*, 2 000)



Figur 3.2 Effekt av alder ved røykestart på risiko for å utvikle lungekreft. (Kahn, 1966).

I Norge øker hyppigheten av lungekreft nå langt mer blant kvinner enn blant menn. For 25 år siden var det 4 ganger så mange menn som kvinner som fikk lungekreft. I dag er det bare 2 ganger så mange. Fig. 3.3 viser økningen i risikoen for lungekreft hos kvinner som røyker relatert til sigarettforbruk. Generelt har en kvinne som røyker 10 sigaretter per dag, 10 ganger så høy risiko for lungekreft som en kvinne som ikke er utsatt for tobakksrøyk. Økningen i risiko avhenger av hvor lenge en person har røykt og hvor gammel vedkommende var da vedkommende begynte å røyke. Risikoen for å få lungekreft vil også være større blant de som inhalerer mye. Risikoen for lungekreft er

høyere hos en som har røykt 10 sigaretter om dagen i 20 år enn en som har røykt 20 sigaretter om dagen i 10 år



Figur 3.3 Effekt av antall sigaretter pr. dag på risikoen for lungekreft dødelighet hos kvinner (Garfinkel og Stellman, 1988).

Det foreligger flere undersøkelser hvor risikoen for lungekreft er sammenliknet hos personer som røyker sigaretter uten filter og med filter. I en undersøkelse fra Storbritannia (Tang et al., 1995) konkluderes det med at dødelighet av lungekreft var 5,7 % lavere blant dem som røykte filtersigaretter, sammenliknet med dem som røykte sigaretter uten filter. Det ble også gjort en sammenlikning av dem som røykte sigaretter med mindre enn 15 mg tjære og de som røykte sigaretter med mer enn 15 mg tjære. I denne undersøkelsen fant man at for lungekreft var reduksjonen 25 % (ikke-signifikant) (95 % KI=48 % reduksjon til 9 % økning). I en norsk undersøkelse (Engeland et al., 1996) ble det funnet at risikoen for lungekreft blant dem som røykte rullings var 90 % (95 % KI=20 %–230 %) høyere enn ved røyking av fabrikkproduserte sigaretter. I utenlandske undersøkelser er det likeledes funnet at risikoen for lungekreft er høyere ved røyking av rullings enn ved røyking av fabrikkfremstilte sigaretter.

Det er vel kjent at røyking øker risikoen for *kreft i munnhulen* hos menn. Risikoen for kreft i munnhulen er økt med 2–4 ganger blant røykere. Økt

risiko for *strupekreft* ved røyking har vært kjent i mange år. Blant ikke-røykere er strupekreft meget sjeldent. Risiko for *kreft i spiserøret* øker ved røyking. En undersøkelse fra Sverige viste at risikoen for kreft i spiserører bland personer som røykte 10–19 sigaretter om dagen, var omkring 5 ganger høyere enn blant ikke-røykere (Lagergren *et al.*, 2 000). Det synes å være et samspill med alkohol ved utvikling av kreft i spiserøret. Bruk av alkohol fører på samme måte som røyking til økning i risikoen for kreft i spiserøret. Blant personer som både røyker og bruker alkohol, er imidlertid risikoen økt langt mer enn ventet ut fra risikoøkningen ved røyking og bruk av alkohol hver for seg (synergisme).

Risikoen for *kreft i magesekken* hos røykere er økt omkring 1,5–2,5 ganger altså en dobling, sammenliknet med aldrirøykere. Verden over er det beregnet at 80 000 tilfeller eller 11 % av alle tilfeller av magekreft skyldes røyking (Tredaniel *et al.*, 1997). Røyking øker også risikoen for de forskjellige forstadene for kreft i magesekken. I de senere årene er det funnet holdepunkter for at bakterien *Helicobacter pylori* har en sentral rolle ved utvikling av magesår så vel som kreft i magesekken. Det er derfor mulig at det er et samspill mellom infeksjon av denne bakterien og effekten av røyking.

Det er funnet at røyking øker risikoen for *kreft i tykktarm og endetarm*, både hos menn og kvinner (Giovannucci *et al.*, 1994). Etter justering for kosthold ble det funnet at hyppigheten av små, godartede svulster i tarmen var økt med omtrent 50 % blant dem som hadde røykt de siste 20 årene. Økt risiko for kreft i tykktarm og endetarm har først kunne påvises etter 35 års røyking. Blant de som hadde røykt mer enn 10 sigaretter om dagen i mer enn 35 år, var risikoen for kreft i tykktarm og endetarm økt med 50–100 %. Det er tidligere rapportert at risikoen for kreft i endetarmsåpningen er økt ved røyking (Holmes *et al.*, 1988).

*Kreft i bukspyttkjertelen* har i lengre tid vært satt i forbindelse med røyking. I en undersøkelse utført ved International Agency for Research on Cancer, ble det funnet økt risiko for kreft i bukspyttkjertelen både blant menn og kvinner som røykte. I gruppene som røykte mest var risikoen for kreft i bukspyttkjertelen økt med en faktor på omkring 3 (Boyle *et al.*, 1996).

Det foreligger en rekke undersøkelser som har vist at risikoen for *kreft i urinblæren* er omtrent dobbel så høy blant røykere som blant aldrirøykere. I en undersøkelse fra Vest-Tyskland, ble det funnet at røyking mer enn 3-doblet risikoen for kreft i urinblæren. Forfatterne konkluderte med at 46 % av alle blærekrefttilfellene hos menn og 23 % hos kvinner skyldes røyking (Kunze *et al.*, 1992).

Det er også foretatt en rekke undersøkelser på effekt av røyking for utvikling av *kreft i nyrer og urinveier*. Disse undersøkelsene viser at røyking øker kreftrisikoen. Risikoøkningen ved røyking synes å være den samme blant menn og kvinner (Ross *et al.*, 1989). I en undersøkelse fra USA ble det konkludert med at 70 % av alle krefttilfellene i nyrebekken og urinveiene hos menn og 40 % hos kvinner skyldes røyking (McLaughlin *et al.*, 1992).

*Kreft på livmorhalsen* er økt blant røykere. I en rekke undersøkelser er det funnet at risikoen for kreft på livmorhalsen har økt opptil 5 ganger hos røykere, sammenliknet med ikke-røykere (Hellberg, 1988). I disse studiene er det korrigert for andre risikofaktorer som antall seksualpartnere og alder ved

første samleie samt antall barn. Det er funnet samme økning i risikoen både for meget tidlige stadier av kreftutvikling og for mer langtkommende former (Jones *et al.*, 1990). Det er påvist at slim fra livmorhalsen hos røykere inneholder nikotin og kotinin samt mutagene og kreftfremkallende stoffer (Hellberg *et al.*, 1988; Simons *et al.*, 1993; Prokopzyk *et al.*, 1997).

Det er gode holdepunkter for at humant papillomavirus spiller en sentral rolle ved utvikling av kreft i livmorhalsen. Humant papillomavirus er ved flere undersøkelser funnet å forekomme hyppigere blant kvinner som røyker enn blant kvinner som aldri har røykt. Hyppigheten øker med antall sigaretter. Mekanismen for hvordan røyking øker forekomsten av papillomavirus er ikke klarlagt. Det har vært foreslått at røyking gir lokale immunologiske defekter som gjør at papillomavirus lettere infiserer vevet (Burger *et al.*, 1993).

En rekke risikofaktorer ved *endometriekreft* (kreft i livmorlegemet) er påvist. Flere studier har vist at røyking reduserer risikoen for kreft i livmorlegemet. Denne gunstige effekten av røyking ser imidlertid ut til vesentlig å omfatte kreftutvikling i høyere alder. Før klimakteriet er det ingen signifikant forskjell i risiko for kreft i livmorlegemet blant røykere og ikke-røykere. Etter klimakteriet er risikoen for kreft hos røykere halvert i forhold til ikke-røykere (Brinton *et al.*, 1993).

Hyppigheten av *ovariekreft* synes ikke å være påvirket av røyking (Franks *et al.*, 1987). Derimot viser kreft i *de ytre kvinnelige kjønnsorganene* (vulva) tilnærmet de samme risikofaktorer som kreft på livmorhalsen. Det er også i flere undersøkelser funnet økt risiko blant røykere, og risikoen for utvikling av kreft i de ytre kjønnsorganene er tilnærmet fordoblet blant røykere. Risikoen øker med antall sigaretter og antall år vedkommende har røykt, samt jo tidligere kvinnen begynner å røyke (Brinton *et al.*, 1990a). Det er mer usikkert om røyking påvirker risikoen for kreft i *skjeden* (vagina) (Brinton *et al.*, 1990b).

Etter at det ble påvist at røyking hadde en antiøstrogen effekt, var det enkelte som mente at røyking skulle kunne beskytte mot utvikling av *brystkreft*. Da det senere ble funnet at morsmelk inneholdt en del stoffer som kom fra tobakksrøyk og at sekret fra brystkjertelen hos ikke-diende kvinner som røykte inneholdt mutagene stoffer, var det på den annen side mange som mente at røyking sannsynligvis ville øke risikoen for brystkreft. Det er foretatt et stort antall epidemiologiske undersøkelser når det gjelder røyking og brystkreft. På bakgrunn av disse undersøkelsene, er det konkludert med at det er lite sannsynlig at røyking reduserer risikoen for brystkreft. På den annen side synes nyere studier sammen med en ny gjennomgang av tidligere publiserte undersøkelser å tyde på at røyking også kan øke risikoen for brystkreft (Johnson *et al.*, 2000). Det er rapportert (Calle *et al.*, 1994) at dødeligheten av brystkreft er høyere hos kvinner som røyker enn hos ikke-røykere. Dette er dels forklart ved at røykere synes å gå sjeldnere til mammografi og at svulstene er mer langtkomne hos røykere enn hos ikke-røykerne når de oppdages.

Det kommer stadig flere holdepunkter at røyking øker risikoen for *blodkreft* (leukemi). Det er vel kjent at sigarettøyk inneholder høye konsentrasjoner av benzen som kan føre til leukemi. Det er angitt at omkring 14 % av leukemifallene i USA skyldes røyking. Det er funnet økning både i såkalt myeloid leukemi og akutt non-lymfatisk leukemi, men det er usikkert om risikoen for kronisk lymfocytær leukemi øker ved røyking (Brownson *et al.*, 1993).



### 3.2.3 Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er årsaken til den største oversykelighet og overdødelighet blant røykere. Røyking, høyt blodtrykk og høyt kolesterol er de tre viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer. Med unntakelse av såkalt ondartet essensiell blodtrykksforhøyelse, synes ikke røyking å påvirke blodtrykket, bortsett fra en forbigående økning av blodtrykk og puls i direkte tilknytning til røykingen. Røyking fører til en liten økning i totalt kolesterol. En gjennomgang av et stort antall studier (Craig *et al.*, 1989) viser at kolesterolnivået blant røykere i gjennomsnitt er 3 % høyere enn hos ikke-røykere. Kolesterol i serum er bundet til såkalte lipoproteiner og effekten av kolesterol på utvikling av hjerte- og karsykdommer vil avhenge av hvilke lipoproteinfraksjoner som kolesterol er bundet til. Således synes «high density lipoprotein» kolesterol (HDL) (det «gode» kolesterol) å redusere sykdomsrisikoen, mens «low density lipoprotein» (LDL) og «very low density lipoprotein» (VLDL) kolesterol øker risikoen for hjerte- og karsykdommer. Røyking fører til at konsentrasjonen av HDL-kolesterol reduseres, mens konsentrasjonen av VLDL-kolesterol og LDL-kolesterol øker.

Det er ikke klarlagt hvor mye forandringene i fettstoffsiftet betyr for den økte risikoen for hjerte- og karsykdommer ved røyking, men det er antatt at økningen i kolesterol kan forklare 1/10 av økningen av risikoen for hjerte- og karsykdommer.

Flere mekanismer bidrar til utviklingen av åreforkalkning ved røyking. Kolesterol er en faktor som påvirker åreforkalkning. Det er kjent at skader på overflatecellene (endotelet) i arteriene kan føre til såkalte arteriosklerotiske plaque som er forstadiet til åreforkalkning. Enkelte stoffer i tobakksrøyken som for eksempel polycykliske aromatiske hydrokarboner (tjærestoffer), kan etter at de er tatt opp i blodet, gi skader på endotelet. Når slike skader er oppstått, kan blodplatene påvirke det subendoteliale bindevev og sette i gang prosesser som fører til arteriosklerotiske plaque. Blodplatene bindes ikke til uskadete endotelceller, men når cellene er skadet kan de bindes og frigjør da en vekstfaktor som vil øke celledelingen i området omkring endotelskaden. I en undersøkelse av kvinner i alderen 45–65 år, ble det funnet at risikoen for utvikling av åreforkalkning var økt med 50 % blant dem som røykte 1–9 sigaretter om dagen og med 100 % blant dem som røykte 10–19 sigaretter om dagen (Witteman *et al.*, 1993).

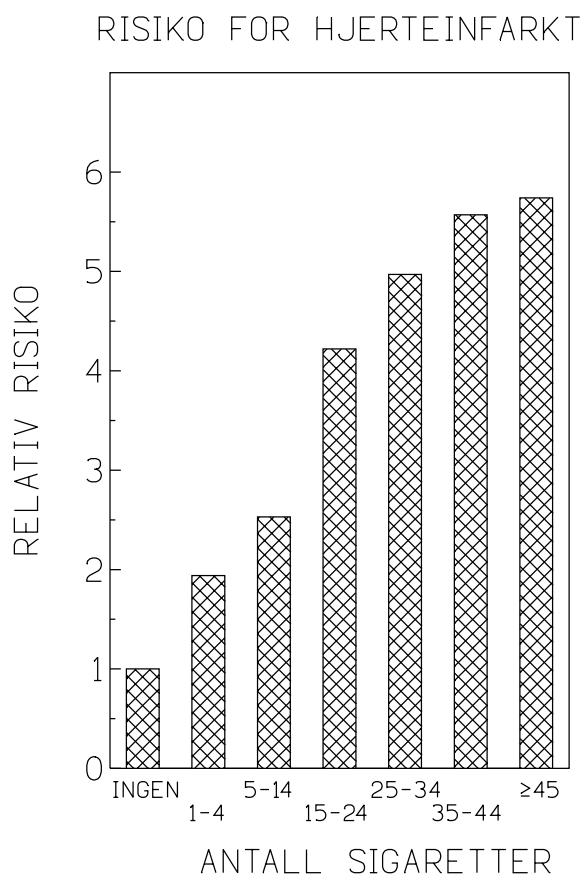
Blodplater spiller en viktig rolle ved skader som fører til blødninger ved å danne blodpropper (tromber) som er med å stoppe blødningene. Dannelse av tromber som kan føre til infarkter (døde vevsområder) synes å utvikle seg i tre trinn: plateadhesjon, plateaggregering og aktivering av blodlevringen (koaguleringen). I tillegg til at blodplatene får økt klebrighet og lettere aggregerer ved røyking, er de også forandret på en slik måte at de påvirkes mindre av viktige stoffer i kroppen (prostaglandiner) som hemmer aggregeringen. Effekten av røyking på blodplatene synes således å medvirke både til utviklingen av åreforkalkning og til å øke risikoen for hjerteinfarkt.

Skader på de små blodårene (arteriolene) i hjertet gjør røykerne mer følsomme for stress selv om arteriolene fortsatt er i god stand. Når en person er under fysisk eller følelsesmessig belastning, utvider arteriolene seg for å gi ekstra blodtilførsel til hjertet. Dersom arteriolene blir skadet, kan mindre blod

enn nødvendig nå hjertet når behovet øker. I en undersøkelse av røykerne fant man at den maksimale kapasiteten til hjertearteriolene, sammenliknet med ikke-røykerne, bare var 30 % hos røykerne. Det ble funnet at en enkel sigarett økte motstanden i hjertearteriolene med 20 %. En annen medvirkende årsak til økt risiko for hjerte- og karsykdommer hos kvinner ved røyking, er den hormonelle (antiøstrogene) effekten ved røyking siden de kvinnelige kjønnshormoner beskytter kvinnen mot hjerte- og karsykdommer.

Røyking er vist å øke risikoen for: *Hjerteinfarkt*, *plutselig uventet død*, *hjerneslag*, *økt dødelighet på grunn av utvidet livpulsåre (aortaaneurisme)* og *perifere karlidelser* (ofte med koldbrann og amputasjon til følge).

Det er gjort flere studier av sammenhengen mellom røyking og utvikling av *hjerteinfarkt*. I Norge er det utført en stor undersøkelse (Tverdal *et al.*, 1993). På basis av resultatene ble det beregnet at den relative risikoen for død av hjertesykdom økte med 80 % per 10 sigaretter som kvinnene røykte daglig. En kvinne som røykte en pakke sigaretter om dagen hadde således 2,6 ganger høyere risiko enn en ikke-røyker for å dø av hjertesykdom. I undersøkelser fra Finnmark og fra København ble det funnet at risikoen for å utvikle hjerteinfarkt ved røyking var noe større blant kvinner enn blant menn (Njolstad *et al.*, 1996; Prescott *et al.*, 1998).



Figur 3.4 Effekt antall sigaretter pr. dag på risikoen for hjerteinnfarkt hos kvinner (Kawachi *et al.*, 1994).

En større undersøkelse av effekten av røyking på utvikling av hjerteinfarkt hos kvinner er gjort i USA (Kawachi *et al.*, 1994). Resultatene etter 12 års oppfølging er vist i figur 3.4. Selv et meget lite sigarettforbruk førte til en betydelig økning av risikoen for hjerteinfarkt. Således ble det funnet at blant de kvinner som bare røykte 1–4 sigaretter om dagen, var risikoen for hjerteinfarkt fordoblet. Blant dem som røykte en pakke om dagen, var risikoen fire-doblet (årsaken til at risikoen her er høyere enn i den norske undersøkelsen omtalt ovenfor er sannsynligvis at amerikanske kvinner i gjennomsnitt har røykt lengere enn norske kvinner). Den store økningen i risikoen for hjerteinfarkt ved bare 1–4 sigaretter om dagen er bekreftet i flere studier, inkludert en undersøkelse fra Gøteborg (Rosengren *et al.*, 1992).

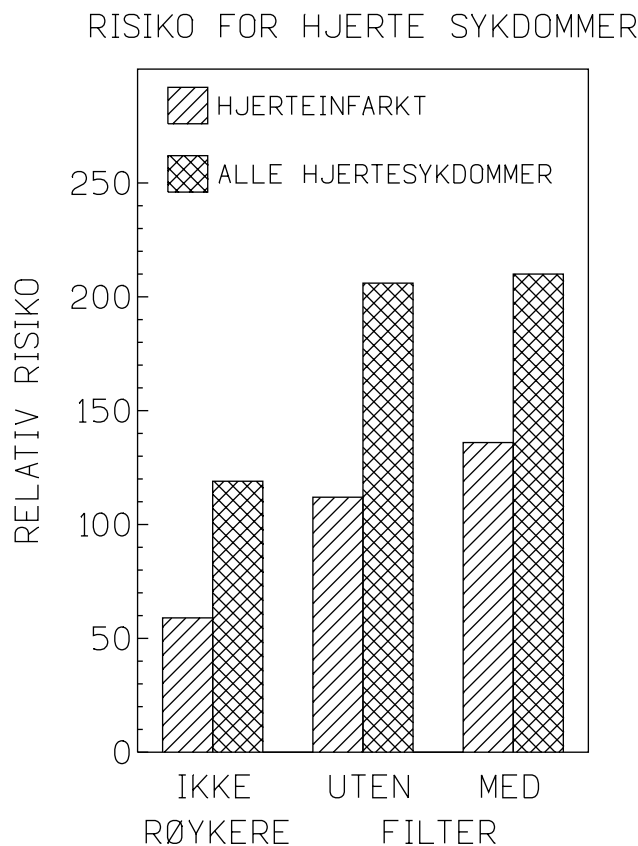
Risikoen for hjerteinfarkt øker dess tidligere en person starter å røyke. I den amerikanske undersøkelsen av kvinnelige sykepleiere, ble det funnet at de som begynte å røyke før 15-års alderen hadde dobbelt så høy risiko for hjerteinfarkt som de som var over 22 år da de begynte å røyke (Kawachi *et al.*, 1994). Risikoen for hjertekrampe (angina pectoris) er mer enn fordoblet blant røykere (Willett *et al.*, 1987).

En annen indikasjon på arteriosklerotisk hjertesykdom er *plutselig uventet død*, dvs. et dødsfall som inntreffer uten foregående forvarsel og der hjerteinfarkt er en mulig årsak. Mannlige røykere har omkring 10 ganger så høy risiko som andre ikke-røykere for å dø plutselig. Hos kvinner er det funnet en 4,5 gangers økt risiko for plutselig uventet død ved røyking (Svärdsudd, 1987).

Flere undersøkelser har vist at risikoen for *hjerneslag* øker ved røyking. I en stor undersøkelse fra USA ble det konkludert med at i forhold til kvinner som aldri har røykt, var risikoen for slag blant kvinner som røykte økt 2,6 ganger (Kawachi *et al.*, 1993). I en undersøkelse fra Oslo ble det funnet at risikoen for dødelig slag blant menn som røykte sigaretter, men ikke brukte noen andre former for tobakk, var økt 4 ganger sammenliknet med menn som aldri hadde røykt (Haheim *et al.*, 1996). Både risikoen for hjerneinfarkt og hjerneblødning øker med antall sigaretter om dagen. Således har både menn og kvinner som røyker en betydelig høyere risiko, både for dødelig og ikke-dødelig slag (Colditz *et al.*, 1988).

I en unik undersøkelse fra Finland på identiske tvillinger med forskjellige røykevaner fant man at graden av åreforkalkning i *halspulsåren* var tre ganger større hos røykere enn hos ikke-røykere. Sammenhengen mellom røyking og åreforkalkningsforandringer i halspulsåren var signifikant selv etter korreksjon for alder, total-kolesterol, diastolisk blodtrykk og kroppsstørrelse (Haapanen *et al.*, 1989).

Det er funnet at dødeligheten av *utvidet livpulsåre* (aortaaneurisme) er 2–8 ganger høyere blant røykere enn blant ikke-røykere.



Figur 3.5 Risiko for hjertesykdommer blant røykere av sigaretter uten og med filter sammenliknet med ikke-røykere (Kannel og Higgins, 1990)

Røyking er en viktig uavhengig risikofaktor ved *perifere karlidelser* (Fowkes *et al.*, 1992). Arteriosklerose med tilstopping av blodårene (arteriosclerosis obliterans) utgjør omkring 95 % av alle tilfellene av perifere karsykdommer, og 70 % av pasientene som har sykdommen er røykere («røykeben»). Som ved hjertesykdom er høyt blodtrykk og høyt kolesterol viktige risikofaktorer i tillegg til røyking. Selv om arteriosklerosis obliterans er mest vanlig blant personer over 50 år, forekommer ca 20 % av tilfellene i aldersgruppen 30–49 år. Røyking er også en risikofaktor for å få igjen arteriosklerosis obliterans etter kransåreoperasjon eller annen operativ karbehandling. Det er således hos røykere rapportert en betydelig økt risiko for å få igjen sykdommen etter operasjon.

Risikoen for hjerteinfarkt og andre hjertesykdommer er tilnærmet den samme ved røyking av moderne filtersigaretter som de gamle uten filter (Fig. 3.5) (Kannel og Higgins, 1990). I en undersøkelse fra England (Tang *et al.*, 1995) konkluderes det med at dødelighet av koronar hjertesykdom var 5,7 % lavere blant dem som røykte filtersigaretter, sammenliknet med dem som røykte sigaretter uten filter. Det ble også gjort en sammenlikning av dem som røykte sigaretter med mindre enn 15 mg tjære og dem som røykte sigaretter med mer enn 15 mg tjære. I denne undersøkelsen fant de en reduksjon i dødeligheten av koronar hjertesykdom på 23 % (95 % KI=39 % til 3 %),

### 3.2.4 Effekter av røyking under svangerskapet

*Nedsatt fruktbarhet.* En rekke undersøkelser har påvist nedsatt evne til å bli gravid hos kvinner som røyker. I en undersøkelse fra USA (Baird og Wilcox, 1985) ble tiden det tok for å oppnå ønsket graviditet målt. De fant at kvinner som røykte mindre enn 20 sigaretter om dagen var rundt 25 % mindre fruktbare enn ikke-røykere. Blant dem som røykte 20 eller flere sigaretter om dagen, var fruktbarheten redusert med 40 %. Det er også funnet at ved assistert befruktning, såkalt prøverørsbehandling eller *in vitro* fertilisering, er det vanskeligere for røykere å oppnå ønskede resultater. I en undersøkelse fra Canada (Pattinson *et al.*, 1991) var hyppigheten av fødsler for hver behandling dobbel så høy blant kvinner som ikke røykte, sammenliknet med røykere.

*Svangerskap utenfor livmoren* er en viktig dødsårsak blant gravide i industrialiserte land. Det er funnet en betydelig overhyppighet av slike graviditeter ved røyking. Dette er også vist i Norge. Risikoen for svangerskap utenfor livmoren øker med antall sigaretter. Det er beregnet at omkring 20 % av slike svangerskap skyldes røyking (Coste *et al.*, 1991).

I en undersøkelse hvor man så på betennelse i underlivet, ble det funnet at blant dem som røykte 10 eller flere sigaretter per dag, var risikoen økt med en faktor på mellom 2 og 4. Den økte risikoen for betennelse i underlivet blant røykere kan være med å forklare hvorfor røykere har økt risiko for svangerskap utenfor livmoren og for enkelte typer av ufruktbarhet (Scholes *et al.*, 1992).

*Effekter av røyking på svangerskapet.* Røyking under svangerskapet kan gi alvorlige helseskader både hos mor og barn. Det er funnet at risikoen for spontanaborter øker med mellom 20 og 100 % når kvinnene røyker. Videre er det funnet økt risiko for komplikasjoner under svangerskapet. Det er også funnet at risikoen for tidlig vannavgang er økt hos røykere (Harger *et al.*, 1990). Dette fører igjen ofte til langvarig sykeleie, økt infeksjonsrisiko og for tidlig fødsel.

Et funn som går igjen i flere studier er at såkalt « *svangerskapsforgiftning* » (preeklampsi) forekommer sjeldnere hos kvinner som røyker. Det er også viktig å være klar over at fosteret er 2–3 ganger så utsatt for å dø når røykere først får preeklampsi som når en ikke-røyker får det.

Risikoen for *tidlig fødsel* øker når mor røyker. I de fleste undersøkelsene konkluderes det med at svangerskapet i gjennomsnitt er omkring 1 uke kortere blant kvinner som røyker. Det er rapportert at risikoen for å føde før 37. uke er økt med omkring 50 % (US Department of Health and Human Services, 1990). I en dansk undersøkelse blant førstgangsfødende ble det funnet at røyking økte risikoen for fortidlig fødsel med 40 % (Wisborg *et al.*, 1996).

*Redusert fødselsvekt* har fått størst oppmerksomhet i forbindelse med røyking blant gravide. Barn av røykende mødre er lettere og kortere og har mindre hjerne (hodeomkrets) enn barn fra ikke-røykende mødre. I en svensk undersøkelse ble det funnet at blant gravide som røykte 1–9 sigaretter om dagen, var risikoen for å føde et «small-for-gestational-age» fordoblet (Cnattingius og Haglund, 1997). Røyker mor mer enn 10 sigaretter daglig, vil den nyfødte i gjennomsnitt veie 200–300 g mindre ved fødselen enn når mor ikke røyker.

Røyking under svangerskapet fører også til økt risiko for død i ukene rundt fødselen. I en svensk undersøkelse (Cnattingius *et al.*, 1988) som omfat-

tet nærmere 300 000 fødsler, ble det funnet at risikoen for *perinatal død* økte med antall sigaretter som mor røykte. Blant dem som røykte over 10 sigaretter om dagen, var risikoen for dødfødsler økt med 45 %. Risikoen for dødsfall i løpet av første leveuke var økt med 20 %. Undersøkelsen viste at røyking var spesielt risikabelt for eldre gravide.

I en undersøkelse av lungefunksjonen hos 4 uker gamle spedbarn, ble det funnet betydelig *redusert lungefunksjon hos barna* hvis mor hadde røykt under svangerskapet, sammenliknet med barna hvor mor ikke hadde røykt. Undersøkelsen viste klart at effektene skyldtes røykingen under svangerskapet og ikke passiv røyking etter fødselen.

Det foreligger en rekke undersøkelser som viser økt risiko for plutselig uventet spedbarnsdød (*krybbedød*) når mor har røykt under svangerskapet. I en norsk undersøkelse fra Rogaland (Nilsen og Lærdal, 1991), ble det funnet at barna som døde av krybbedød hadde lavere fødselsvekt, lengde og hodeomkrets enn kontrollene. Dersom mor røykte 1–10 sigaretter daglig i svangerskapet, var den relative risikoen for krybbedød økt 2,3 ganger, og dersom mor røykte mer enn 10 sigaretter per dag, var risikoen økt 6,2 ganger. Tilsvarende tall er funnet i en tysk undersøkelse (Schellscheidt *et al.*, 1997). Det er mer enn 50 studier som har vist økt risiko for krybbedød når mor har røykt under svangerskapet. Gjennomsnittlig er risikoøkningen 2,9 ganger, og antagelig så mye som 4,7 når man tar hensyn til at barnet har ligget på ryggen (mageleie er en risikofaktor for krybbedød). Selv når man bruker det lave risikoestimatet for mors røyking (2,9 gangers økning) og antar at 25 prosent av alle kvinner røyker i svangerskapet, så er den tilskrivbare risikoen for krybbedød 0,32. Det betyr at krybbedød kan reduseres med en tredjedel dersom man unngår at alle fostre og spedbarn eksponeres for tobakksrøyk (Mitchell & Milerad, 1999).

Flere undersøkelser har vist at dersom mor røyker under svangerskapet, kan dette også påvirke *barnets utvikling*. Det er vist at barn av røykere har dårligere skoleprestasjoner enn barn av ikke-røykere. Barn av røykende foreldre skårer dårligere på kognitive tester, spesielt slike for språklig og hørselsmessig bearbeiding. I tillegg har barna mer atferdsmessige problemer, inklusive dårligere oppførsel, hyperaktivitet og nedsatt oppmerksomhet. Imidlertid kan man ikke utelukke at studiene som viser slike effekter ikke har hatt full kontroll på alle utenforliggende faktorer (Eskenazi & Castorina, 1999).

Det skal påpekes at når mor røyker under svangerskapet, vil hun i de fleste tilfellene også fortsette å røyke etter at barnet er født. Det er derfor ofte vanskelig å skille mellom effekter som skyldes mors røyking under svangerskapet og effekter som skyldes at barnet har vært utsatt for passiv røyking etter fødselen.

### 3.2.5 Effekter på seksuelliv og hormonomsetningen

Det har i de senere år vært diskutert om mannen har en andropause (mannlig ekvivalent til en menopause). I en undersøkelse fra USA ble det rapportert at de vanligste symptomene på andropause var impotens, kraftløshet og tap av hukommelse. Det ble funnet at den såkalte andropausen vanligvis inntrådte mellom 50 og 70 år. Undersøkelsen viste at det å røyke mer enn 10 sigaretter om dagen økte risikoen for at symptomene på andropause skulle inntre før personen var 50 år med en faktor på 2,5 (95 % KI=1,2–5,3) (Tan og Philip,

1999). Det er tidligere rapportert i en stor undersøkelse som omfattet mer enn 4 000 tidligere amerikanske soldater at risikoen for impotens var fordoblet blant røykere (Mannino *et al.*, 1994).

Røyking blant kvinner i fruktbar alder øker nedbrytningen av østrogenet slik at aktiviteten av disse kvinnelige kjønns-hormonene reduseres. Videre finner man hos kvinner som røyker, at nivået av mannlige kjønns-hormoner er økt i forhold til kvinnelige kjønns-hormoner. Det er antatt at dette kan være viktig for mange antiøstrogene effekter av røyking som er funnet hos kvinner etter overgangsalderen.

Flere undersøkelser har vist at røyking påvirker fordeling av fett i kroppen. Kvinnelige røykere har således en tendens til *mannlig fettfordeling*, dvs. økt midjemål i forhold til hoftemål. Denne effekten finner man hos kvinner som røyker allerede ved 20–30 års alderen. Årsaken kan være at røykere ofte er mindre fysisk aktive enn ikke-røykere, men det er mer sannsynlig at det har sammenheng med det økte nivået av mannlig kjønns-hormoner hos kvinner som røyker (Daniel *et al.*, 1992).

*Tidlig overgangsalder.* En rekke undersøkelser har vist at røykere kommer i overgangsalderen 1–2 år før ikke-røykere. I en norsk undersøkelse av eneggede tvillingsøstre, ble det bekreftet at i de tilfellene hvor den ene tvillingen røykte, kom hun først i overgangsalderen.

*Benskjørhet og benbrudd.* Bentettheten bestemmer benstyrke og risikoen for benbrudd. Flere undersøkelser har vist at etter overgangsalderen er kvinner som røyker mer utsatt for benbrudd i underarm, rygg og hofta enn kvinner som ikke røyker. Samtidig er det vist at kvinner som røyker har en redusert bentetthet, sammenliknet med ikke-røykere. Reduksjonen er tilstrekkelig til å forklare økningen i risikoen for benbrudd hos røykere (Hopper og Seemann, 1994). I en norsk undersøkelse ble det funnet at røyking økte risikoen for lårhalsbrudd blant kvinner med 50 %. Økning i risiko varierte med kroppsvekt i forhold til lengde og var størst blant tynne kvinner. Her var risikoen for lårhalsbrudd økt 3 ganger hos de som røykte (Forsèn *et al.*, 1994).

*Uønsket hårvekst.* Et annet tegn på hormonforstyrrelse er at røykere oftere enn ikke-røykere klager over uønsket hårvekst. Det er rapportert at dette er omtrent 50 % vanligere hos røykere (Hartz *et al.*, 1987).

### 3.2.6 Andre sykdommer og helseskader

Mange av stoffene i sigarettøyk har spesifikke helseskadende virkninger. Det er derfor ventet at røyking har en rekke helsekonsekvenser i tillegg til de som er omtalt ovenfor. Disse effektene spenner fra påvirkning av utseende til invalidiserende sykdommer. Noen av skadene har sammenheng med effekter man har funnet på hormonomsætningen. Andre skader kan ha sammenheng med nikotinets sammentrekkende virkning på de fine blodårene og andre igjen har forbindelse med nikotinets virkning på sentralnervesystemet.

*Magesår.* Røyking øker risikoen for utvikling av sår, både i magesekk og tolvfingertarm. I tillegg til at røyking øker risikoen for magesår, er effekten av behandlingen langt dårligere blant dem som røyker enn blant ikke-røykere. Generelt øker risikoen for sår i magesekken eller tolvfingertarmen med en faktor på omtrent 3 ved røyking (Kato *et al.*, 1992).

*Reumatoid artritt (leddgikt).* I en undersøkelse blant tvillinger ble det funnet at røyking økte risikoen for utvikling av reumatoid artritt. Blant eneggede

tvillinger var risikoen økt 12 ganger, mens den hos tveeggede tvillinger var økt med en faktor på 2,5 (Silman *et al.*, 1996).

*Urinkontinens.* Et stort antall kvinner er plaget av urinkontinens. Blant eldre kvinner på pleiehjem kan opptil halvparten ha urinkontinens. I en undersøkelse fra USA ble det funnet at blant kvinner som røykte 20 sigaretter, var hyppigheten av urinkontinens mer enn fordoblet. Det er funnet at risikoen for inkontinens økte med økende antall sigaretter og antall år kvinnen hadde røykt. Det ble anslått at 28 % av tilfellene av urininkontinens hos kvinner i USA skyldes røyking (Bump og McClish, 1992).

*Grå stær* (linsefordunkling) er den viktigste årsaken til redusert syn hos eldre. Røyking øker risikoen for grå stær. Risikoen øker med antall sigaretter som røykes. En mulig årsak til grå stær kan være oksidasjon og utfelling av proteiner i linsen. Røyking kan direkte eller indirekte føre til oksidative prosesser i linsen. Ved siden av å øke risikoen for grå stær, fører røyking også til aldersrelatert skade i netthinnen (makulopati) som er den viktigste årsaken til blindhet hos personer over 75 år. Den relative risikoen for denne alvorlige øyesykdommen er økt med en faktor på omtrent 2,5 blant kvinner som røyker (Klein *et al.*, 1993).

*Hørselstap.* Det ble utført en undersøkelse som omfattet mer enn 3 000 personer i alderen 48–92 år. Resultatet viste at røyking økte risikoen for hørselstap med 70 % (Cruickshanks *et al.*, 1998).

*Giftstruma.* Graves sykdom (giftstruma) rammer vesentlig kvinner. Åtti prosent av dem som har sykdommen er således kvinner. Sykdommen kjennetegnes ved forhøyede nivåer av hormoner som produseres i skjoldbruskkjertelen som følge av antistoffbetinget kompensatorisk stimulering av kjertelen. I en undersøkelse av effekt av røyking, ble det funnet at røyking representerer en betydelig risiko når det gjelder giftstruma med den alvorligste formen hvor det også utvikles øyeskader. Det var her en økning på nærmere 8 ganger, men også blant pasienter med giftstruma uten øyeskader var det tilnærmet en fordobling av risikoen ved røyking (Winsa og Karlson, 1993; Prummel og Wiersinga, 1993).

*Sukkersyke.* I en stor prospektiv undersøkelse av sykepleiere fra USA, ble det funnet økt risiko for utvikling av ikke-insulinavhengig sukkersyke (type II diabetes) blant røykere. Ikke-insulinavhengig sukkersyke er en viktig risikofaktor for hjerte- og karsykdommer. Blant dem som røyke 15–24 sigaretter per dag, var risikoen økt med omkring 20 %, men blant dem som røykte 25 eller flere sigaretter per dag, var det 50 % økning (Rimm *et al.*, 1993).

*Godartede brystlidelser.* Akutte betennelsesforandringer i brystene hos unge kvinner opptrer ved betennelsesliknende forandringer omkring melkegangene (periduktal mastitt) uten utvidelse av melkegangene. De kroniske symptomene som ses hos eldre kvinner skyldes sannsynligvis utvidelse av melkegangene (duktal ektasi) med minimal betennelse. Gjentatte brystabscesser er hyppigere blant røykere enn blant ikke-røykere. I en undersøkelse hos kvinner med periduktal mastitt, fant man at det var flere røykere enn ikke-røykere. Sammenliknet man røykere og ikke-røykere, var risikoen for periduktal mastitt hos røykere omtrent 6 ganger høyere enn for ikke-røykere (Bundred *et al.*, 1993).



*Selv mord.* Flere undersøkelser har vist økt hyppighet av selvmord blant røykere. I en norsk undersøkelse (Tverdal *et al.*, 1993) ble det funnet at hyppigheten for selvmord blant kvinner økte med en faktor på 2,5 per 10 sigaretter daglig. Det kan være mange årsaker til den økte hyppigheten. En mulighet er at røyking kan forårsake depresjoner (Smith *et al.*, 1992), og en annen er den økte hyppigheten av kroniske sykdommer blant røykerne.

*Psoriasis.* Psoriasis er en vanlig ofte tilbakevendende hudsykdom. Den viktigste risikofaktoren er forekomst av sykdommen i familien. Flere undersøkelser har imidlertid vist at røyking øker risikoen for psoriasis. Det er funnet at blant personer som røyker 15 sigaretter eller mer daglig, er risikoen for psoriasis fordoblet i forhold til ikke-røykere (Naldi *et al.*, 1992).

*Eldring av hud og grått, livløst hår.* I løpet av de siste årene er det foretatt flere studier hvor man har sett på sammenhengen mellom røyking og rynker i ansiktet (Grady og Ernster, 1992). Selv om det er metodiske problemer, konkluderer alle undersøkelsene med at røyking forårsaker økt dannelse av hudrynker som kan få røykerne til å virke eldre og oppfattes som mindre attraktive. I en undersøkelse fra Storbritannia ble det funnet at menn som røykte hadde dobbelt så stor risiko som ikke-røykere for å bli skallet. Både blant kvinner og menn var risikoen for grått, livløst hår økt med mer enn 4 ganger blant røykere (Mosley og Gibbs, 1996).

### 3.2.7 Kan røyking beskytte mot sykdom?

Enkelte røykere hevder at når de røyker reduseres risikoen for visse sykdommer. Som tidligere omtalt er det i røyk fra sigaretter påvist mer enn 4 000 kjemiske stoffer. Selv om det er flest helseskadelige effekter av disse, er det ikke uventet at røyking i enkelte tilfeller kan redusere risikoen for sykdom.

Røyking har en antiøstrogen effekt og fører til en økning av mannlig kjønnshormoner. Disse effektene vil kunne ha virkning på svulsttyper der hormoner påvirker utvikling. Røyking beskytter således som omtalt tidligere mot *kreft i livmorlegemet* hos kvinner etter overgangsalderen. Det viser seg imidlertid at kreftutviklingen ofte er mer langtkommende når svulster i livmorlegemet oppdages hos røykere.

*Kroniske betennelsesaktige tykktarmssykdommer.* En rekke undersøkelser har vist at risikoen for å utvikle *ulcerøs kolitt* (kronisk sårdannelse og blødende betennelse i tykktarmen) bare er omkring halvparten så stor blant røykere som blant dem som aldri har røykt. På den andre siden er risikoen for utvikling av den kroniske tarmlidelsen *Crohns sykdom* 3 ganger høyere hos kvinner som røyker enn blant dem som ikke røyker.

*Alzheimers sykdom* er den mest vanlige form for alderssløvsinn (senilitet). Den utgjør omkring 60–70 % av alle senile i industrialiserte land i vesten. Det er gjort en rekke undersøkelser for å kaste lys over hvordan røyking påvirker utviklingen av Alzheimers sykdom. Enkelte undersøkelser viser en redusert risiko for utvikling av sykdommen blant røykere. Imidlertid er det flere undersøkelser hvor det ikke er funnet noen effekt av røyking og noen undersøkelser hvor det er funnet at røyking øker risikoen for utvikling av Alzheimers sykdom. I en ny stor undersøkelse fra England hvor 34 000 mannlige leger ble fulgt i 40 år, ble det konkludert med at røyking ikke reduserer hyppigheten av Alzheimers sykdom eller senilitet generelt, men heller at røyking kan øke hyp-

pigheten. Imidlertid synes effektene i alle tilfeller å være små (Doll *et al.*, 2 000).

Røyking synes å redusere risikoen for å utvikle nervesykdommen *Parkinsons sykdom* hos yngre personer, mens hos eldre personer økte røyking risikoen. Omkring 1/4 av de som utvikler Parkinson sykdom får sykdommen før de er 75 år og hos disse ble det funnet at røyking hadde en beskyttende effekt (Tzourio *et al.*, 1997) .

Det må understrekes at de små gunstige effektene på ingen måte oppveier for de meget omfattende sykdomsfremmende virkningen av røykingen.

### 3.3 Passiv røyking

---

Det er nylig publisert en artikkel (Barnes og Bero, 1998) hvor man har sett på konklusjonene i oversiktsartikler i forbindelse med helseeffekter av passiv røyking. Totalt ble det identifisert 106 oversiktsartikler i forbindelse med helseeffekter av passiv røyking. 37 % av disse oversiktsartiklene konkluderte med at passiv røyking ikke er helseskadelig. Størstedelen av disse artiklene (74 %), var skrevet av forfattere som hadde forbindelser til tobakksindustrien. Det er altså bare 10 % av de uavhengige rapportene som konkluderte med at passiv røyking ikke er helseskadelig.

#### 3.3.1 Eksponering

Ved passiv røyking utsettes man for de samme stoffene som ved aktiv røyking. De relative mengdene av de kjemiske stoffene i tobakksrøyk som pustes inn ved passiv og aktiv røyking, er imidlertid forskjellige siden stoffene fordeles ulikt i hovedstrømsrøyken og i sidestrømsrøyken. Dette skyldes bl.a at sidestrømsrøyken dannes ved noe lavere temperatur enn hovedstrømsrøyken og at det er mindre oksygen tilstede. For mange av de mest helseskadelige stoffene, er det relativt større eksponering ved passiv røyking enn ved aktiv røyking. Ved røyking av en ikke-filtersigaret er mengden med nikotin 2,6–3,3 ganger større i sidestrømsrøyken enn i hovedstrømsrøyken, mens det av kreftfremkallende stoffer som benzen er 5–10 ganger og av nitrosodimetylamin er hele 20–100 ganger mer i sidestrømsrøyken enn i hovedstrømsrøyken. Det betyr at dersom man ved passiv røyking får i seg en mengde med nikotin som tilsvarer aktiv røyking av en sigarett, vil man samtidig få i seg en mengde med nitrosodimetylamin som tilsvarer røyking av omtrent 10 sigaretter. Ved røyking av filtersigaretter er konsentrasjonen av enkelte stoffer i hovedstrømsrøyken redusert, mens konsentrasjonen av helseskadelige stoffer i sidestrømsrøyken ikke er påvirket.

Konsentrasjonen av tobakksrøyk i omgivelsesluft angis nå vanligvis som g nikotin per m<sup>3</sup> luft. Tidligere oppga man ofte konsentrasjoner som g svevepartikler per m<sup>3</sup> . Svevepartikler kan imidlertid dannes ved en rekke ulike prosesser som f.eks. matlaging, peisbrenning og bruk av stearinlys, mens nikotin er spesifikk for tobakksrøyk.

I en undersøkelse hvor nikotinkonsentrasjonen ble målt i en del hjem i delstaten Minnesota i USA, var den gjennomsnittlige konsentrasjonen i stuen 0,15 /m<sup>3</sup> dersom ingen røykte, 2,5 /m<sup>3</sup> dersom bare far røykte, 5,5 /m<sup>3</sup> dersom bare mor røykte og 12,1 /m<sup>3</sup> dersom begge røykte. I en større under-

søkelse som omfattet 940 kontorer og 91 hjem i USA, ble det funnet at det gjennomsnittlige nikotinnivået var  $4,1 \text{ /m}^3$  i kontorer og  $4,3 \text{ /m}^3$  i boliger (US Environmental Protection Agency, 1992, Siegel, 1993). Senere har det i en mindre undersøkelse, som omfattet 9 kontorarbeidsplasser hvor det var tillatt å røyke, vært målt et nikotinnivå på i gjennomsnitt  $8,6 \text{ /m}^3$  (se Repace et al., 1998).

I en undersøkelse på nattklubber i USA ble det funnet at nikotin i luften varierte fra 28 til  $50 \text{ /m}^3$  (gjennomsnitt  $37,1$ , variasjon, standardavvik (SD) =  $6,9 \text{ /m}^3$ ) (Bergman et al., 1996). I røykerom med god ventilasjon (20 luftskiftninger per time), har det vært målt nikotinkonsentrasjoner på  $70\text{--}77 \text{ /m}^3$  (Wagham and Hammond, 1990). Tilsvarende nivåer har også vært rapportert i andre undersøkelser. I en vurdering av helseeffekter ved bruk av røykerom i bedrifter, har Siegel og medarbeidere (1995) regnet at nikotinnivået i røykerom er  $70 \text{ /m}^3$ . US Occupational Safety and Health Administration (1994) skriver i et forslag til normer i forbindelse med innendørs luftkvalitet at nikotineksponeringen for de mest eksponerte arbeiderne er i området  $50\text{--}100 \text{ /m}^3$ .

Det er i dag vanlig å benytte målinger av omdannelsesproduktet kotinin i spytt, urin eller serum som biologisk indikator på nikotineksponering. Nikotin vil etter at det er tatt opp i kroppen omdannes med en halveringstid på omkring 2 timer. Målinger av nikotin i kroppsvæsker vil derfor bare gi uttrykk for eksponeringen i de siste timene. Kotinin er et omdanningsprodukt av nikotin og har en halveringstid på omkring 17 timer. Målinger av kotinin kan derfor brukes som et mål for eksponeringen til tobakksrøyk i omgivelsene de siste 1–2 dagene. Blant dagligrøykere har man funnet et kotinnivå i spytt på omkring  $300 \text{ ng/ml}$ .

Emmons og medarbeidere (1994) fant at personer som bodde sammen med røykere hadde et median kotinnivå på  $1,0 \text{ ng/ml}$  spytt. Personer som arbeidet sammen med røykere hadde et kotinnivå på  $0,8 \text{ ng/ml}$  spytt. Nivået varierte imidlertid i området  $<0,5\text{--}7,4 \text{ ng/ml}$  spytt eller fra  $<0,2\text{--}2,5 \%$  av det man finner hos røykere

**Tabell 3.2: Beregning av nikotin- og nitrosodimetylamin mengder som barn får i seg ved passiv røyking (Cook et al., 1994). Bakgrunnsverdier fratrukket ved beregning av sigarettkvivalent. Beregningene er basert på at røykerne har et gjennomsnittsnivå av  $300 \text{ ng}$  kotinin pr. ml spytt og røyker 15 sigaretter om dagen. Nitrosodimetylamin-ekvivalenter er basert på at stoffet forekommer i sidestrømsrøyken relativt sett 10 ganger høyere enn nikotin, sammenliknet med hovedstrømsrøyken**

Kilde	Kotinin i spytt (ng/ml)	Sigarettkvivalenter	
		Nikotin	Nitrosodimetylamin
Ingen	0,29 (0,28–0,31)	–	–
Far	1,17 (1,07–1,28)	0,04	0,4
Mor	2,20 (1,95–2,48)	0,06	0,6
Begge	4,05 (3,71–4,42)	0,19	1,9
Begge > 20 sigaretter/dag	9,03 (6,73–12,1)	0,44	4,4

For å gi et inntrykk av hvilke mengder av helseskadelige stoffer som et barn kan få i seg ved passiv røyking, er det gjort et enkelt regnestykke basert på måling av nikotinmetabolitten kotinin i spytt fra 5–7 årige barn. Kotininkonsentrasjonen i spyttet til barna var høyest når begge foreldrene røykte (Tabell 3.2). Basert på dose-effekt kurver svarte tallene til at mor og far røykte 11–20 sigaretter daglig. Det fremgår av tabellen at ved passiv røyking eksponeres barnet for like mye nikotin som om det hadde røykt 1/5 sigarett, mens det får i seg like mye av det kreftfremkallende stoffet nitrosodimetylamin som om det hadde røykt omtrent 2 sigaretter om dagen. Dersom begge foreldrene røykte mer enn 20 sigaretter om dagen, får barnet daglig en eksponering som tilsvarer nesten 1/2 sigarett beregnet som nikotin eller mellom 4 og 5 sigaretter beregnet som nitrosodimetylamin.

I nattklubber i USA er det blant musikere som ikke røyker funnet et kotininnivå i spytt som varierte fra 1,7 til 5,0 ng/ml (gjennomsnitt 3,4, SD=0,9 ng/ml). Jarvis og medarbeidere (1992) har rapportert et gjennomsnitt kotininivå i spytt på 7,95 ng/ml hos 42 ikke-røykende personer i barer i London og Birmingham med et maksimumnivå på 31,3 ng/ml. Dette tilsvarer henholdsvis 0,5 og 2 sigarettkvivalenter om dagen beregnet som nikotin. Som tidligere påpekt kan nivået av andre bestanddeler være betydelig høyere. Således kan det beregnes at av det kreftfremkallende stoffet nitrosodietanolamin har eksponeringen tilsvart røyking av 5–20 sigaretter.

I rapporten fra US Environmental Protection Agency (1992) er det angitt at passive røykere har et kotininnivå i spytt som er i størrelsesorden 1 % av det man finner hos røykere. På den annen side har Hammond og medarbeidere (1993) målt nivået av 4-aminobifenyl bundet til hemoglobin i de røde blodcellene hos ikke-røykere utsatt for passiv røyking, og funnet at disse hadde 10–20 % av nivået hos røykere. Årsaken til den høye andelen er at det relative nivået av det kreftfremkallende stoffet 4-aminobifenyl i sidestrømsrøyken sammenliknet med hovedstrømsrøyken, er 15 ganger høyere enn det man finner for nikotin.

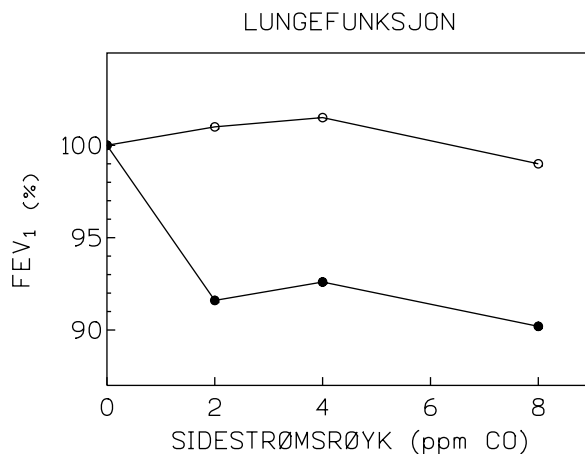
### 3.3.2 Effekter av kortvarig påvirkning

Mange mennesker føler ubehag når de utsettes for passiv røyking, selv for kort tid. Symptomene kan være irritasjon i øyne, sår eller tørr hals, hoste, tiltetting i brystet eller tungpustethet. Effekten av passiv røyking på lungefunksjonen ved korttidseksponering er relativt liten hos personer med normale luftveier og lunger. Hos personer med såkalte hyperreaktive luftveier er imidlertid effektene større. Mange regner med at omtrent 1/4 av befolkningen har hyperreaktive luftveier. Alle astmatikere med moderat eller sterk astma, har hyperreaktive luftveier uansett om de er allergikere eller ikke.

Fig. 3.6 viser at selv etter å ha vært utsatt for lave konsentrasjoner av tobakksrøyk i bare to minutter finner man en signifikant reduksjon av lungefunksjonsparameteren FEV1 hos hyperreaktive personer. Det skal understrekes at undersøkelsene ble gjort på friske personer (ikke astmatikere).

Personer med hyperreaktive luftveier vil reagere med hoste og åndenød på langt lavere konsentrasjoner av irritanter i innåndingsluften enn normalt reagerende. Irritantene kan komme fra passiv røyking, støv, stekeos, sterke lukter eller dufter. Mange astmapasienter får åndenød på arbeidsplasser eller i sosialt samvær hvor de utsettes for passiv røyking. Siden en del astmatikere

reagerer med allergiliknende symptomer (kraftige astmaanfall) når de utsettes for tobakksrøyk, har enkelte ment at disse har utviklet allergi ovenfor tobakksrøyk. Dette synes imidlertid ikke å være tilfelle. Det er mer sannsynlig at astmatikere kan utvikle astmaanfall på grunn av tobakksrøykens uspesifikke luftveisirriterende påvirkning.



Figur 3.6 Effekt av sidestrømsrøyk i 2 minutter på FEV<sub>1</sub> for hyperreaktive (fylte sirkler) og normalt reagerende personer (åpne sirkler) (Danuser et al., 1993)

Passiv røyking kan redusere oksygentransporten i blodet allerede etter kort eksponering. Dette skyldes at nivået av karbonmonoksid i rom hvor det røykes mye, er høy. Dermed vil nivået av karboksihemoglobin (karbonmonoksid bundet til blodfargestoffet) i blodet øke. Aktivitetsterskelen for utløsning av hjertekrampe hos hjertesyrke reduseres ved passiv røyking. Høye nivåer av karbonmonoksid gir lett utløsning av hjertekrampe.

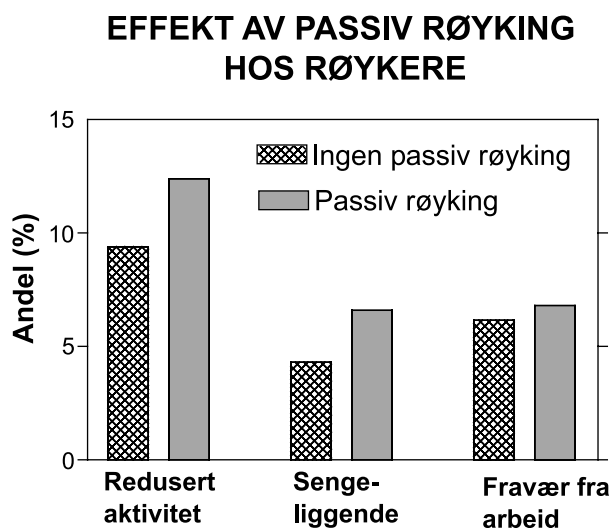
Det er vist at eksponering for tobakksrøyk i omgivelsene reduserer signifikant yteevnen ved fysisk aktivitet hos personer med hjertearteriesykdommer. I disse undersøkelsene ble pasienter eksponert for typiske konsentrasjoner av tobakksrøyk i omgivelsene ved å sitte i et røykerom mens noen røykte. Disse effektene var tilstede selv om rommet var godt ventilert.

I en undersøkelse hvor friske kvinner ble utsatt for luft forurensset med tobakksrøyk, økte hjertets slagfrekvens i hvile. Ved kraftig fysisk aktivitet ble det funnet en reduksjon i maksimalt oksygenopptak. Passiv røyking økte også nivået av melkesyre i veneblod. Kombinasjonen av redusert oksygentransportkapasitet og økt melkesyre, resulterer i en reduksjon i maksimal fysisk aktivitet. Det er funnet holdepunkter for at barn med foreldre som røyker, har et kronisk redusert oksygennivå i vev. Det er også holdepunkter for at korttidseksponering for passiv røyking påvirker hjertemuskelen på en slik måte at den cellulære energimetabolismen reduseres, og det dannes mindre av det energibærende kjemiske stoffet ATP.

### 3.3.3 Effekter av langvarig påvirkning

Langvarig påvirkning fra tobakksrøyk i omgivelsene fører til en liten reduksjon i lungefunksjonen (Gyntelberg *et al.*, 1993). I en undersøkelse fra Hellas

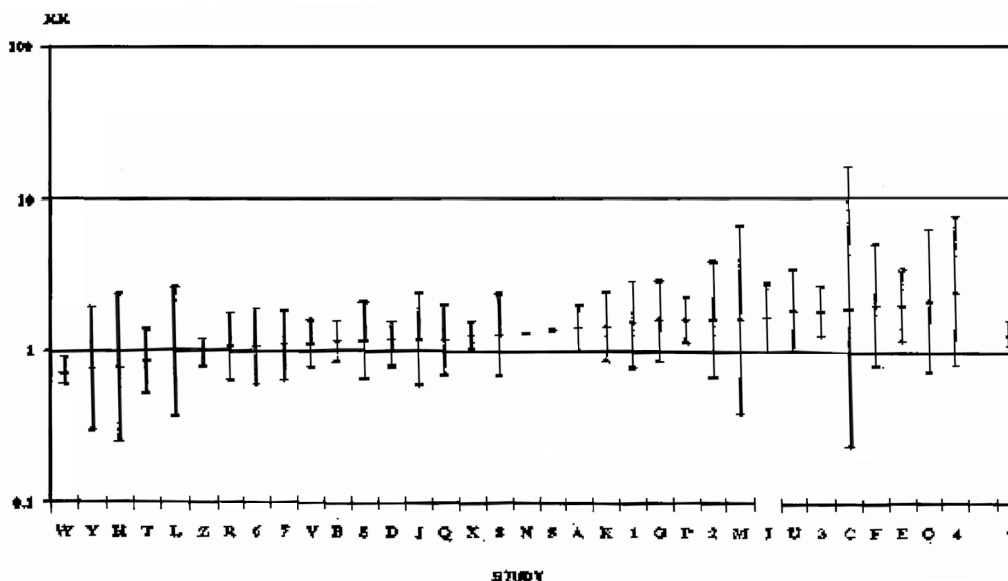
og en fra Japan er det funnet en signifikant økning av kronisk obstruktiv lungesykdom blant kvinner der ektemannen røyker. I en engelsk undersøkelse ble det imidlertid ikke funnet noen økning. Det ble derfor utført en større undersøkelse i USA som omfattet summen av forekomsten av kronisk bronkitt og emfysem. I denne undersøkelsen ble det ikke funnet noen signifikant økt risiko blant dem som bare var utsatt for passiv røyking som voksen. Blant dem som var utsatt for passiv røyking både som barn og voksen var imidlertid risikoen for kronisk obstruktiv lungesykdom økt med omtrent 75 %, sammenliknet med dem som ikke hadde noen eksponering for passiv røyking. I undersøkelsene blant greske og japanske kvinner, var det ikke gjort noen korrigering for mulig eksponering i barndommen. På den annen side har disse kvinnene sannsynligvis hatt høyere eksponering som voksne (Robbins *et al.*, 1993). I en undersøkelse blant sykepleieelever i USA, ble det funnet at passiv røyking økte hyppigheten av luftveissykdommer (Schwatz og Zeger, 1990).



Figur 3.7 Effekt av passiv røyking hos røykere på andelen (%) (aldersjustert) som i løpet av de to siste ukene har rapportert redusert aktivitet, vært sengeliggende eller vært borte fra arbeidet (Mannino *et al.*, 1997).

I en oversiktsartikkel konkluderes det med at eksponering for passiv røyking fører til økt risiko for utvikling av astma samt forverring av symptomene hos voksne. Voksne eksponert for passiv røyking i hjemmet eller på arbeidsplassen har 40–60 % økt risiko for å utvikle astma hos voksne (Coultas, 1998).

Alle røykere vil være utsatt for passiv røyking som følge av sin egen røyking. Røykere som bor sammen med andre røykere eller som har en arbeidsplass hvor det også er flere andre som røyker, vil imidlertid være utsatt for et høyere nivå av tobakksrøyk i omgivelsesluften, og man vil blant disse røykerne kunne forvente en tilleggseffekt som følge av passiv røyking.

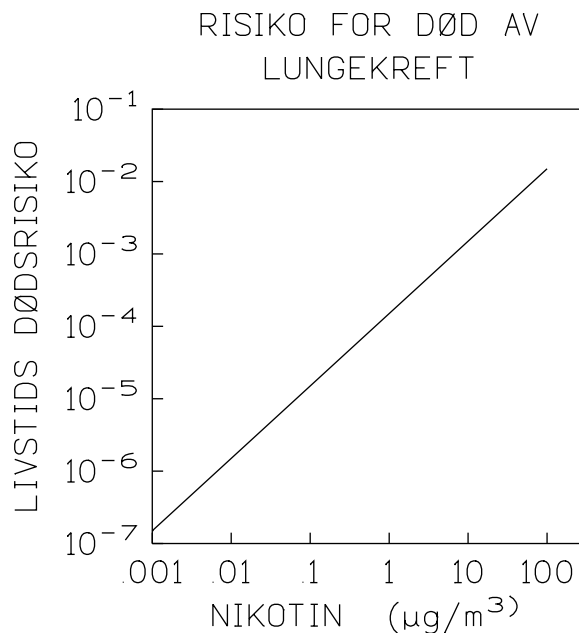


Figur 3.8 Resultater fra epidemiologiske undersøkelser i forbindelse med lungekreft og passiv røyking. Den vertikale aksen angir relativ risiko for lungekreft i logaritmisk skala. Den horisontale aksen angir resultat fra enkeltundersøkelser med 95% konfidensintervall. Søylen helt til høyre angir median og grense for øvre/nedre 25% av funnene (National Health and Medical Research Council, 1997).

Det har i den senere tid vært publisert flere undersøkelser som viser at blant røykere gir passiv røyking en tilleggseffekt (Mannino *et al.*, 1997). Fig. 3.7 viser hvordan effekt av passiv røyking påvirker ulike aktiviteter hos røykere. Av figuren fremgår det at andel røykere som i løpet av de to siste ukene har hatt ubehag eller sykdom som har ført til redusert fysisk aktivitet, har vært sengeliggende eller vært borte fra arbeidet, er større blant dem av røykerne som også har vært utsatt for passiv røyking. Således er det en økning i andelen på henholdsvis 31, 53 og 11 %.

Økt hyppighet av lungekreft i forbindelse med passiv røyking må anses å være bevist. I alle utredninger utført av internasjonale organisasjoner eller myndigheter, har den entydige konklusjonen vært at passiv røyking kan forårsake lungekreft. Fig. 3.8 viser en sammenstilling av epidemiologiske data i forbindelse med passiv røyking og lungekreft som nylig er publisert (National Health and Medical Research Council, 1997). Basert på de 34 undersøkelsene, ble det beregnet en relativ risiko på 1,32 (1,10 nedre 25 % grense, 1,69 øvre 25 % grense) for utvikling av lungekreft dersom man er utsatt for passiv røyking på arbeidsplassen eller i hjemmet. I en oversiktsartikkel som omfatter 37 epidemiologiske undersøkelser av passiv røyking (Hackshaw *et al.*, 1997), ble det for kvinner beregnet en relativ risiko for lungekreft ved passiv røyking på 1,24 (95 % konfidensintervall (KI)=1,13–1,36). Risikoen for lungekreft øker proporsjonalt med nivået av eksponering for tobakksrøyk i omgivelsene. Eksempelvis ble det i en undersøkelse av Hirayama (1984) funnet en relativ risiko for lungekreft på 1,42 dersom ektemannen røykte 1–14 sigaretter om dagen, 1,58 dersom han røykte 15–19 sigaretter om dagen og 1,91 dersom han røykte 20 sigaretter eller flere om dagen. Reynold og medarbeidere (1996) har på arbeidsplasser hvor det er tillatt å røyke, funnet en relativ risiko for

lungekreft blant ikke-røykerne som følge av passiv røyking på 1,56 (95 % KI=1,21–2,02). Hammond (1996) påpeker i kommentar til denne artikkelen at dette nivået er i overensstemmelse med hennes målinger av nikotinnivået i kontorer ( $8,6 \text{ g/m}^3$ ). Risikoen for å dø av lungekreft vil også øke med antall år en person er eksponert.



Figur 3.9 Livstidsrisiko for lungekreft ved eksponering for luft forurensset med tobakksrøyk. Risikoen er beregnet som funksjon av nikotinkonsentrasjonen i luften (Repace og Lowry, 1993)

Fig. 3.9 viser beregning av livstidsrisiko for lungekreft som fører til døden ved passiv røyking på arbeidsplasser (Repace and Lowery, 1993). Beregningene er basert på eksponering i 8 timer om dagen, 5 dager i uken i 40 år. Av figuren fremgår det at ved  $10 \text{ g/m}^3$  nikotin i luften, er risikoen  $10^{-3}$ . Det betyr at dersom nikotinkonsentrasjonen er konstant lik  $10 \text{ g/m}^3$ , vil en av 1 000 arbeidere ved eksponering gjennom hele det arbeidsaktive liv komme til å dø av lungekreft som følge av passiv røyking på arbeidsplassen. Her i landet er det beregnet at 50 ikke-røykere dør av lungekreft som følge av passiv røyking på arbeidsplassen eller i hjemmet (Sanner og Dybing, 1996). Det foreligger 7 undersøkelser hvor risiko for lungekreft blant røykere som i tillegg var utsatt for passiv røyking i hjemmet, har blitt vurdert (Siegel *et al.*, 1995). I 5 av disse 7 studiene er det funnet en økt risiko for lungekreft blant røykere utsatt for passiv røyking i hjemmet, og i en undersøkelse fant man reduksjon i risikoen for lungekreft. Ingen av resultatene var hver for seg statistisk signifikante. Alle studiene unntatt en var case-kontrollundersøkelser, en var en kohorte-undersøkelse. I kohorte-undersøkelsen ble det funnet en relativ risiko på 1,13 (95 % KI=0,79–1,63). Det ble utført en meta-analyse av 6 case-kontrollundersøkelsene, og det ble da funnet en relativ risiko blant røykere utsatt for passiv røyking på 1,3 (95 % KI=1,1–1,5). Disse undersøkelsene tyder





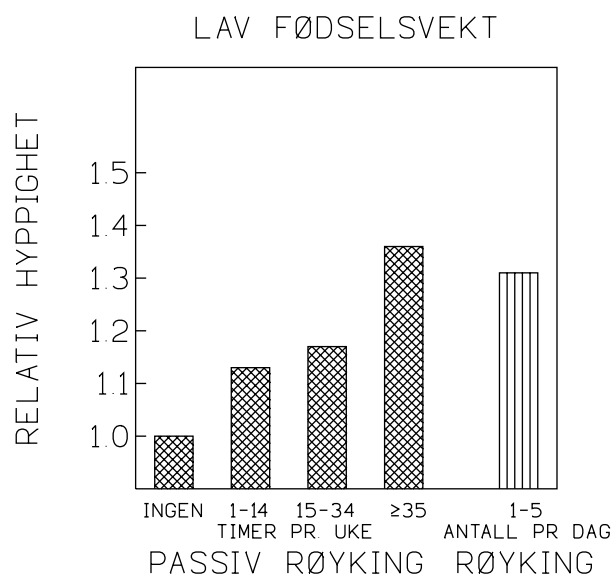
Det er foretatt flere undersøkelser av effekten av passiv røyking ved hjerteinfarkt (Glantz og Parmley, 1995; US Department of Labor, 1994; Wells, 1994). Basert på disse undersøkelsene (se Fig. 3.10), konkluderes det med at passiv røyking øker risikoen for hjerteinfarkt og at risikoen for å dø av hjerteinfarkt er økt med 30 % (95 % KI=1,18–1,38; metaanalyse basert på 19 publiserte undersøkelser) sammenliknet med en ikke-røyker som ikke er utsatt for passiv røyking (Law *et al.*, 1997).

Mekanismene for utvikling av hjerteinfarkt ved passiv røyking er ikke klarlagt, men flere effekter av passiv røyking som er antatt å øke risikoen for hjerteinfarkt, er påvist (Glantz and Parmley, 1995). Passiv røyking reduserer blodets evne til å transponere oksygen til hjertet, og hjertemuskelens evne til å bruke oksygen til dannelsen av ATP. Videre øker passiv røyking trombocytaktiviteten, utvikling av arteriosklerotiske skader og gir dessuten økt vevsskade ved hjerteinfarkt. Det er videre funnet at arbeidere i USA utsatt for passiv røyking har et signifikant redusert nivå av HDL-kolesterol. Kvinnelige arbeidere hadde i tillegg en signifikant økning i LDH-kolesterol. Passiv røyking fører således til en forandring i fettprofilen i blodet som øker risikoen for areforkalkning (He *et al.*, 1994).

Effektene av passiv røyking på hjerte- og karsystemet skyldes ikke en enkelt komponent i røyken, men sannsynligvis et samspill mellom mange stoffer inklusiv karbonmonoksid, nikotin og polysykliske aromatiske hydrokarboner (tjærestoffer, PAH). I forbindelse med arbeidslivet er det beregnet at blant 1 000 arbeidere utsatt for passiv røyking, vil mellom 7 og 16 få hjerteinfarkt som følge av passiv røyking (US Department of Labor, 1994). I USA er det mellom 30 000 og 60 000 dødsfall av hjerteinfarkt blant ikke-røykere som skyldes passiv røyking (Steensland, 1992). Her i landet er det anslått at mellom 300 og 500 ikke-røykere dør hvert år av hjerteinfarkt forårsaket av passiv røyking (Dybing og Sanner, 1995).

#### **3.3.4 Effekter på gravide og spedbarn**

Effekter av mors røyking under svangerskapet er kort omtalt under punkt 3.2.4. Her skal omtales effekter av fars røyking mens mor er gravid og passiv røyking i tiden rett etter fødselen. Temaet passiv røyking og barn er mer utførlig behandlet i to tidligere rapporter (Sosial- og helsedepartementet, 1994, Sosialdepartementet, 1992).



Figur 3.11 Effekt av passiv røyking på relativ hyppighet av lav fødselsvekt. For sammenlikning er angitt funn for kvinner som har røykt 1-5 sigaretter om dagen under hele svangerskapet. Lav fødselsvekt representerer barn med fødselsvekt lavere den 10. kjønns- og svangerskapslengdespesifikke persentil for fødselsvektfordeling (Fortier et al., 1994).

Det er utført flere typer undersøkelser som viser at dersom en gravid kvinne er utsatt for passiv røyking, vil også fosteret utsettes for de helseskadelige stoffene i tobakksrøyken. Målinger av addukter mellom det kreftfremkallende stoffet 4-aminobifenyl og blodfargestoffet hemoglobin har vist at dette adduktet er tilstede i navlestrengsblod ikke bare når mor selv røyker, men også når hun er utsatt for passiv røyking. Når den gravide er utsatt for passiv røyking, er det i navlestrengsblod målt konsentrasjoner som er opp til 15 % av det man finner når den gravide selv røyker (Hammond *et al.*, 1993, Eliopoulos *et al.*, 1994).

Nylig er det utviklet en metode for måling av nikotin og kotinin i hår. Ved bruk av denne metoden er det funnet at dersom den gravide er utsatt for passiv røyking har hun en konsentrasjon av kotinin i håret som tilsvarer 10 % av det hun har dersom hun selv røyker. Undersøkelsen (Eliopoulos *et al.*, 1994) viste videre at fosteret hadde en kotininkonsentrasjon i håret dersom mor var utsatt for passiv røyking som var 12 % (justert for bakgrunnsverdier) av det som ble funnet dersom mor røykte.

I forbindelse med passiv røyking under svangerskapet, er det spesielt effekter på fødselsvekten som er undersøkt. Mange av disse undersøkelsene har vist at også passiv røyking fører til redusert fødselsvekt. Fig. 3.11 viser at risikoen for å få et barn med lav fødselsvekt øker med antall timer per uke som den gravide er utsatt for passiv røyking (Fortier *et al.*, 1994). For sammenlikning er resultatene som ble funnet for gravide som røykte 1-5 sigaretter om dagen vist. I gjennomsnitt øker risikoen for lav fødselsvekt med 20-40 % og en vektreduksjon på 25-40 gram når moren er utsatt for passiv røyking i svangerskapet (Windham, 1999).

Det foreligger meget overbevisende dokumentasjon som viser at dersom mor røyker under svangerskapet, øker risikoen for krybbedød. I den senere tid har det også blitt foretatt undersøkelser som har vist økt risiko for krybbedød dersom barnet er utsatt for passiv røyking etter fødselen. På basis av 4 undersøkelser hvor det er justert for røyking under svangerskapet blir det konkludert med at dersom mor røyker etter svangerskapet øker risikoen for krybbedød med over 90 % (Anderson og Cook, 1997). Det er også grunnlag for å si at fedrenes røyking øker risikoen for krybbedød, men effekten er mindre enn når mødrene røyker (1,4 gangers økning) (Mitchell og Milerad, 1999). Generelt øker risikoen for krybbedød med antall røykere i familien og antall sigaretter som røykes.

### 3.3.5 Effekter på barn

Det er mer enn 40 studier som har undersøkt påvirkningen av foreldres røyking på utvikling av infeksjonssykdommer i de nedre luftveiene (bronkitt, bronkiolitt, lungebetennelse) hos barn i de første leveår. Gjennomsnittlig risikoøkning når mødrene røyker er 1,7 ganger, mens når far, men ikke mor røyker, er risikoøkningen for slike sykdommer 1,3 ganger (Cook og Strachan, 1999).

Mer enn 65 studier har sett på sammenheng mellom foreldres røyking og astma og symptomer fra luftveiene (piping, hoste, slimdannelse, kortpustethet) hos skolebarn. Det er en 1,2–1,4 gangers risikoøkning for dette når foreldrene røyker. Tobakksrøyken er antagelig ikke årsak til den bakenforliggende astmasykdom, men utløser mer symptomer, hyppigere anfall, flere livstruende anfall og mer medikamentbruk sannsynligvis grunnet røykens irriterende egenskaper (Cook og Strachan, 1999). Det er lite kjent i hvilken grad akutte luftveissykdommer i barneårene kan resultere i senskader som utvikling av kronisk obstruktiv lungesykdom. Det er imidlertid flere undersøkelser som tyder på at hos personer som er utsatt for passiv røyking, både som barn og voksen, er det en betydelig økt risiko for kronisk obstruktiv lungesykdom (Robbins *et al.*, 1993).

Bronkiolitt er den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelser hos barn under 1 år. Barn med bronkiolitt har økt risiko for senere i livet å utvikle astma. I en svensk undersøkelse (Rylander *et al.*, 1993) blant barn i alderen 4 mnd til 4 år innlagt for diagnosen bronkiolitt eller astma på en barneklinnikk, ble det funnet at risikoen for utvikling av bronkiolitt var fordoblet når mor røykte mer enn 10 sigaretter om dagen. I en norsk undersøkelse er det også funnet økt hyppighet av astma i familier hvor mor har røykt etter at barnet er født (Søyseth *et al.*, 1995). Det ble her ikke funnet noen effekt av røyking under svangerskapet på hyppigheten av astma blant barna. Blant astmatiske barn ble lungefunksjonsprøvene tiltakende verre når det ble røykt i hjemmet (Chilmonczyk *et al.*, 1993).

Væskende mellomørebetennelse er den hyppigste årsaken til kirurgiske inngrep og nedsatt hørsel hos barn. Ved å analysere et stort antall studier av forekomst av mellomørebetennelser hos barn, er det vist en samlet risikoøkning på 1,2–1,4 ganger når foreldrene røyker (Cook og Strachan, 1999). Det er vist en direkte sammenheng mellom eksponering og helseutfall ved at man har målt kotininkonsentrasjonen i spytt hos barna (Strachan *et al.*, 1989).

### 3.4 Sammendrag

---

Tobakksrøyk består av en kompleks blanding av kjemiske stoffer som hovedsakelig dannes ved ufullstendig forbrenning av tobakk. I tillegg kommer stoffer som fordamper ved oppvarming av tobakk (som hovedkomponenten nikotin). Omkring 4 000 ulike kjemiske stoffer er identifisert i tobakksrøyk, og mange av disse kan gi helseskader. Mer enn 50 av stoffene er kreftfremkallende. De kjemiske stoffene i tobakksrøyken kan påvirke cellene i luftveiene, og de kan tas opp i organismen gjennom slimhinnene i luftveiene og fra lungeblærene. Derved kommer stoffene over i blodbanen og blir transportert rundt i hele kroppen. Et stort antall undersøkelser har vist at røykere er betydelig mer utsatt for sykdommer og ofte utvikler de sykdommer som vanligvis rammer eldre mennesker, i yngre alder enn ikke-røykere. Dette fører til at røykere i gjennomsnitt dør tidligere enn ikke-røykere. Generelt regner man at hver tredje dagligrøyker dør tidligere enn normalt som følge av helseskader ved røyking. I en nyere undersøkelse blant britiske leger, ble det funnet at hver annen røyker døde tidligere enn deres ikke røykende kolleger. Halvparten av dem som dør av tobakksskader dør før de når pensjonsalderen og disse mister 20–25 år i forhold til levetiden for en gjennomsnitts ikke-røyker. Det kan beregnes at i gjennomsnitt forkortes livet med mellom 7 og 10 minutter for hver sigarett som røykes.

Kreft, hjerte- og karsykdommer og luftveissykdommer er de viktigste dødsårsakene ved røyking. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til betydelig helseplager og redusert livskvalitet. I dag er det flest menn som rammes av røykerelaterte sykdommer. Dette skyldes at det i de eldre aldersklasser fremdeles er flere menn enn kvinner som røyker, og at kvinnene først har begynt å røyke i de senere årene. Flere undersøkelser tyder imidlertid på at kvinner har større risiko enn menn for å utvikle helseskader ved røyking. I tillegg vil røyking påvirke fruktbarhet og svangerskapsutviklingen hos kvinner.

Risikoen for alvorlige helseskader ved røyking øker jo tidligere en person begynner å røyke. Videre konkluderer en stor undersøkelse fra Storbritannia med at dødelighet fra alle røykerelaterte sykdommer blant dem som røyker filtersigaretter, kun er 9 % lavere enn dem som røyker sigaretter uten filter (95 % KI=1–17 %). For lungekreft og kransåre-hjertesykdommer var det for begge en reduksjon på 5,7 %. Det foreligger undersøkelser som tyder på at nikotinavhengigheten er sterkere og at risikoen for lungekreft er høyere blant dem som røyker håndrullede sigaretter (rullings) enn blant dem som røyker fabrikkfremstilte sigaretter. Sykdomsrisikoen blant dem som bare har røykt pipe eller sigarer er lavere enn blant sigarettroøkere. På den annen side synes det ikke som sigarettroøkernes reduserer sykdomsrisikoen vesentlig ved å gå over til å røyke pipe eller sigarer.

Passiv røyking kalles det når man puster luft som er forurensset med tobakksrøyk. Ved passiv røyking er man hovedsakelig utsatt for sidestrømrøyk, men i tillegg vil en ved passiv røyking få i seg noe av den røyken som røykeren puster ut og gasser som kan sive ut gjennom sigarettpapiret. Ved passiv røyking utsettes man for de samme stoffene som ved aktiv røyking. Ved passiv røyking kan man imidlertid få i seg like meget av mange av de hels-

eskadelige stoffene i tobakksrøyk som om man selv hadde røykt opptil flere sigaretter. Konsentrasjonen av helseskadelige stoffer i sidestrømsrøyken er lite påvirket av om sigaretten som røykes, er en filtersigarette eller ikke.

Mange mennesker føler ubehag når de utsettes for passiv røyking, selv i kort tid. Kortvarig påvirkning kan føre til irritasjon i øyne, sår eller tørr hals, hoste, tiltetting i brystet eller tungpustethet samt til utløsning av astmaanfall hos astmatikere. Det er også funnet at passiv røyking reduserer yteevnen ved fysisk aktivitet hos personer med hjertearteriesykdommer.

Langvarig påvirkning for passiv røyking fører til økt risiko for kronisk obstruktiv bronkitt og forsterking av astma. Økt hyppighet av lungekreft i forbindelse med passiv røyking må anses å være bevist. I alle utredninger utført av internasjonale organisasjoner eller myndigheter, har den entydige konklusjonen vært at passiv røyking kan forårsake lungekreft, og at risikoen er økt med omkring 30 % dersom man er utsatt for passiv røyking på arbeidsplassen eller hjemme. Det er beregnet at det her i landet er omkring 50 tilfeller av lungekreft om året blant ikke-røykere som skyldes passiv røyking.

Det er foretatt flere undersøkelser av effekten av passiv røyking ved hjerteinfarkt. Basert på disse undersøkelsene, konkluderes det med at passiv røyking øker risikoen for hjerteinfarkt, og at risikoen for å dø av hjerteinfarkt er økt med 30 %. Her i landet er det anslått at mellom 300 og 500 ikke-røykere dør hvert år av hjerteinfarkt forårsaket av passiv røyking.

Mange undersøkelser har vist at passiv røyking kan føre til redusert fødselsvekt. Det foreligger en overbevisende dokumentasjon som viser at dersom mor røyker under svangerskapet, øker risikoen for krybbedød i betydelig grad. I den senere tid har det også blitt foretatt undersøkelser som har vist økt risiko for krybbedød dersom barnet er utsatt for passiv røyking etter fødselen.

Et stort antall undersøkelser fra flere land viser at barn som kommer fra hjem hvor foreldrene røyker, er hyppigere utsatt for akutte luftveissykdommer som bronkitt, bronkiolitt og lungebetennelse og har økt risiko for astma og luftveissymptomer enn barn fra hjem hvor det ikke røykes. Blant astmatiske barn ble lungefunksjonsprøvene tiltakende verre når det røykes i hjemmet. Det er anslått at 10–36 % av alle tilfeller av mellomørebetennelse hos barn, kan settes i sammenheng med eksponering for passiv røyking i hjemmet.

## Kapittel 4

**Når ble de ulike helseskadelige og avhengighetsskapende virkninger av tobakksbruk fastslått vitenskapelig og publisert i sentrale skrifter?****4.1 Innledning**

---

Ved vurderingen av spørsmålet om erstatningsansvar for tobakksindustrien er det viktig å få frem på hvilke tidspunkter det var allmenn vitenskapelig internasjonal og nasjonal enighet om de forskjellige sammenhenger mellom eksponering for tobakksrøyk og forekomst av helseskader (ved aktiv røyking, ved passiv røyking, nikotinavhengighet). Det vil også være betydningsfullt å få frem på hvilke tidspunkt den vitenskapelige forståelsen var blitt gjort allment kjent i Norge. Dette vil bli sammenholdt med en oppsummering av dagens kunnskap om sammenhengen mellom røyking og helseskader.

En tidlig internasjonal, sentral rapport som stilte sammen og vurderte dokumentasjonsgrunnlaget om tobakksrøyking og helseskader var:

- Smoking and Health. The Royal College of Physicians of London (1962)

Meget utførlige presentasjoner og diskusjoner om den til enhver tid foreliggende dokumentasjon om sammenhengen mellom tobakksrøyking og helseskader er videre foretatt av den amerikanske helsedirektør i en rekke rapporter:

- Reports of the US Surgeon General (1964, 1972, 1979, 1981, 1982, 1984, 1986, 1988, 1989)

Tidsutviklingen i dokumentasjonsgrunnlaget sett fra et amerikansk ståsted er videre meget detaljert gjennomgått av Glantz og medarbeidere (Glantz *et al.*, 1995; Slade *et al.*, 1995; sammenstilt i Glantz, Slade, Bero, Hanuaer, Barnes *The Cigarette Papers* fra 1996). Den følgende oversikten har i stor grad benyttet denne sammenstillingen.

Det er videre benyttet følgende sentrale norske rapporter om sammenhengen mellom tobakksrøyking og helseskader i denne oversikten:

- Sigarett røyking og helse. En redegjørelse fra helsedirektøren av 1964, publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1. februar 1964 og i Tobakken og vi, nr 1, 1964.
- Påvirkning av røykevaner. Rapport fra utvalget for forskning i røykevaner, oppnevnt av Landsforeningen mot kreft etter anmodning av helsedirektøren, april 1967. Vedlegg til St meld nr 62 (1968–69)
- Stortingsmelding nr 62 (1968–69) Om påvirkning av røykevaner
- Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og barn. Rapport fra sosialministeren, 1992
- Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og kvinner. En rapport fra helseministeren, 1994

## 4.2 Aktiv røyking og helseskader

---

Når det gjelder sammenhengen mellom aktiv røyking og helseskader, vil gjennomgangen fokusere på hvilket tidspunkt det var en vitenskapelig erkjennelse at sigarettøyking var en årsaksfaktor for utvikling av henholdsvis lungekreft, kronisk obstruktiv lungesykdom (kronisk bronkitt og emfysem) og koronar hjertesykdom (hjerteinfarkt og hjertekrampe).

### 4.2.1 Aktiv røyking og lungekreft

De første større epidemiologiske arbeider som pekte på en sammenheng mellom tobakksrøyking og lungekreft ble publisert i England og USA i 1950 (Doll og Hill, 1950; Wynder og Graham, 1950). Wynder og Graham's studie ble referert i Tidsskrift for Den norske lægeforening (Tidsskriftet) kort etter at den ble publisert (red.komm., 1950). I en leder i Tidsskriftet i 1953 (red. leder, 1953a) viser man til Doll og Hill's studie og et symposium i Louvain samme år der man hadde konkludert med at det ble ansett for bevist at det eksisterer en sammenheng mellom tobakksrøyking, spesielt sigarettøyking og lungekreft. I en annen leder samme år (red.leder, 1953b) refererer man fra en lungekreft-konferanse i København og påpeker her at det langt fra var noen alminnelig enighet om sigarettøykingens rolle. Det angis at materiale fra Det norske kreftregisteret var egnet til å kaste tvil om det overhodet kunne tales om en reell økning av lungekrefthyppigheten i Norge. I en leder i Tidsskriftet i 1954 (red.leder, 1954) påpekes det som uheldig at publikum og presse gis uttalelser som kunne tyde på at det allerede nå foreligger godtatte konklusjoner om lungekreftens årsaksforhold. Det ble vist til at det fremdeles er nødvendig å fortsette forskningen på dette felt før noe sikkert kan hevdes.

I 1955 dokumenterer Kreyberg (Kreyberg, 1955) at det har vært en reell økning i Norge i såkalte gruppe I-lungesvulster (plateepitel, storcellet og småcellet karsinom), særlig de siste år frem til 1952. Kreyberg gjengir i Tidsskriftet i 1956 sine studier om forholdet mellom lungekreft og tobakksrøyking i Norge (Kreyberg, 1956). Han konkluderer med at omtrent 4 av 5 gruppe I-svulster i Norge i dag står i kvantitativ relasjon til tobakksrøyking. Relasjonen er særlig markert når sigaretter er benyttet, men også pip-røyking viser sammenheng med svulstutviklingen.

I et sammendrag i Tidsskriftet i 1957 (Excerpta, 1957) viser man til følgende konklusjon fra British Medical Research Council's nylig fremlagte rapport om lungekreft (omtalt av Lancet og British Medical Journal på lederplass): De tegn som tyder på at sterk sigarettøyking fremkaller lungekreft og derfor død, blir stadig vanskeligere å ignorere.

I en leder i Tidsskriftet i 1962 (red.leder, 1962) diskuteres muligheten av at det aktive stoff i sigarettøyking ikke er et karsinogen, men et såkalt ko-karsinogen. Det påpekes at dersom man krever at karsinogenet i sigarettøyken skal være påvist, må det innrømmes at anklagen mot sigaretten ved første øyekast synes noe dårlig fundert. Det uttales at det er en kjensgjerning at det ikke er påvist noe klassisk, karsinogent stoff i tilstrekkelig konsentrasjon i tobakksrøyk og at ingen ekte lungecancer er blitt fremkalt eksperimentelt. Med bakgrunn i refererte studier angir man det som ikke usannsynlig at sigarettøyking er en sekundær årsak til bronkialcancer, det vil si forårsaket av et ko-karsinogen.



I begynnelsen av 1960-årene kommer følgende konklusjoner i to internasjonale komitérapporter:

*The Royal College of Physicians of London 1962:*

- Sigarettøyking er årsak til lungekreft

*US Surgeon General's Report 1964:*

- Sigarettøyking er årsaksmessig knyttet til lungekreft hos menn, betydningen av sigarettøyking er mye større enn alle andre årsaksfaktorer. Data fra kvinner, om enn mindre i omfang, peker i samme retning

Med bakgrunn i blant annet disse rapporter publiserer helsedirektør Karl Evang en redegjørelse i 1964:

*Helsedirektørens redegjørelse 1964:*

- Dødeligheten av lungekreft blant menn har vist en alvorlig økning de siste årtier
- Lungekreft forekommer hyppigere blant sigarettøykere enn blant ikke-øykere
- Hyppigheten av lungekreft øker raskt med sigarettforbruket
- Risikoen for lungekreft avtar meget betydelig hos dem som slutter å røyke sigaretter
- Omhyggelige undersøkelser har ikke kunnet røkke ved den påviste årsakssammenheng mellom lungekreft og sigarettøyking

Etter en interpellasjon i Stortinget 3. februar 1964 ble det vedtatt å be Regjeringen sette ned et allsidig offentlig utvalg som skulle få som sin hovedoppgave å planlegge kampen mot den skadelige sigarettøykingen. På grunnlag av dette stortingsvedtaket tok helsedirektøren kontakt med Landsforeningen mot kreft for å nedsette et slikt utvalg. Landsforeningen mot kreft oppnevnte i februar 1965 Utvalget for forskning om røykevaner med spesiallege Kjell Bjartveit som formann. Utvalget avga sin rapport i april 1967 og konkluderte blant annet med:

*Om påvirkning av røykevaner 1967:*

- For lungekreft kan en årsakssammenheng med sigarettøyking sies å være sikkert etablert

St meld nr 62 (1968-69) presenterte rapporten fra Utvalget for forskning i røykevaner og ga uttrykk for Sosialdepartementets syn på hvordan spørsmålet om å påvirke befolkningens røykevaner burde angripes i fremtiden. Meldingen konkluderer med følgende vedrørende sigarettøyking og lungekreft:

*St meld nr 62 (1968-69):*

- Særlig fra midten av 1950-årene begynte den medisinske faglitteratur å inneholde artikler som reiste diskusjon om hvorvidt sigarettøyking

- kunne være en viktig medvirkende årsak til den sterke økning i hyppigheten av lungekreft som var registrert i mange land
- Mengden av vitenskapelige data som støttet teorien om en slik årsakssammenheng, tiltok raskt ut over i 1950-årene, og i begynnelsen av 1960-årene var det blant kompetente vitenskapsmenn ikke lengre tvil om at riktigheten av teorien var bevist, og at sigarettøyking måtte aksepteres som den alt overveiende årsak til den økte hyppighet av lungekreft
  - Det ble videre påvist at hyppigheten av lungekreft blant sigarettøykere økte med tobakksforbruket

En komité med professor dr. juris Anders Bratholm som formann, ble oppnevnt ved kongelig resolusjon av 31. juli 1970 for å utarbeide forslag til regler om forbud mot tobakksreklame og merking av sigarettpakker om at røyking er helsefarlig. I sin innstilling refererte komitéen til momenter vedrørende røyking og helse fremkommet i rapporter fra det amerikanske helsedirektoratet i 1969 og 1971, en ny rapport fra The Royal College of Physicians of London fra 1971 samt en rapport fra generaldirektøren i Verdens helseorganisasjon fra 1970. I tillegg presenterte innstillingen dødelighetsutviklingen når det gjaldt lungekreft og hjerteinfarkt/hjertekrampe frem til 1969. Innstillingen trakk frem følgende forhold vedrørende røyking og kreft:

*Bratholmkomitéens innstilling 1971:*

- Sigarettøyking er hovedårsaken til utvikling av lungekreft. Sigarettøyking er også årsak til lungekreft hos kvinner, men svarer for en mindre andel av krefttilfellene sammenliknet med menn. Imidlertid har stigningen i lungekreft-dødelighet hos kvinner i England og Wales i de aller siste år vært sterkere enn for menn
- Sigarettøyking er en betydelig årsak ved utvikling av strupekreft. Pipe-/sigarrøykere har her en risiko som er av omtrent samme størrelsesorden som hos sigarettøykere, eller muligens litt lavere

#### **4.2.2 Aktiv røyking og kronisk obstruktiv lungesykdom**

I slutten av 1950-årene og begynnelsen av 1960-årene ble det klart at sigarettøyking var en viktig faktor for utvikling av kronisk bronkitt og emfysem (The College of General Practitioners, 1961). I Torbjørn Morks doktorgradsarbeide fra 1962 om sammenlignende studier av luftveissykdommer mellom England/Wales og Norge, omtales betydningen av tobakksrøyking (Mork, 1962). Det konkluderes med at tobakksrøyking kan være av avgjørende betydning for forekomsten av et «minor respiratory syndrome», men at tilleggseffekten av atmosfærisk luftforurensning er av hovedsakelig betydning for å videreføre dette syndromet til en invalidiserende og dødelig kronisk hjertelungesykdom.

Øvrig omtale av tobakksrøykingens skadelige virkninger på luftveiene, med unntakelse av kreft, er ikke nevnt i norsk fagpresse før rapportene til The Royal College of Physicians og den amerikanske helsedirektøren kom, henholdsvis i 1962 og 1964. Johan Lundar viser i et foredrag gjengitt i Tidsskriftet i 1965 til at kronisk bronkitt, emfysem, bronkiektasier og bronkopneumonier i høy grad er overrepresentert hos røykere. I *Påvirkning av røykevaner 1967*

angis det at sikre data over forekomsten av bronkitt og emfysem i den norske befolkning ikke foreligger.

De internasjonale konklusjonene vedrørende sammenhengen mellom sigarettøyking og utvikling av kronisk obstruktiv lungesykdom (bronkitt og emfysem) på begynnelsen av 1960-tallet var entydige:

*The Royal College of Physicians of London 1962:*

- Sigarettøyking er årsak til bronkitt

*US Surgeon General's Report 1964:*

- Sigarettøyking er den viktigste årsak til kronisk bronkitt i USA, og øker risikoen for å dø av kronisk bronkitt

Helsedirektøren viste til disse konklusjonene i sin redegjørelse:

*Helsedirektørens redegjørelse 1964:*

- Sigarettøyking er en sikker årsaksfaktor til kronisk bronkitt, og denne sykdom tar et mer alvorlig forløp hos dem som fortsetter å røyke sigaretter
- Lungesykdommen emfysem opptrer hyppigere hos sigarettøykere

Også i rapporten fra Utvalget for forskning i røykevaner og St meld nr 62 (1968–69) finnes tilsvarende konklusjoner:

*Om påvirkning av røykevaner 1967:*

- For kronisk bronkitt og emfysem kan en årsakssammenheng med sigarettøyking sies å være sikkert etablert

*St meld nr 62 (1968–69):*

- Det ble også lagt fram data som på en overbevisende måte trakk sigarettøykingen inn som årsaksfaktor ved utviklingen av kronisk bronkitt og lungeemfysem («utvidede» eller «sprengte» lunger) samtidig som det ble påvist at disse sykdommer tar et mer alvorlig forløp hos dem som fortsetter å røyke

Betydningen av sigarettøyking som risikofaktor ved kronisk bronkitt og emfysem ble også påpekt i Bratholmkomiteéns innstilling:

*Bratholmkomiteén, 1971:*

- Sigarettøyking er den betydeligste årsak til kronisk bronkitt og emfysem i USA og langt større enn den alminnelige luftforurensning
- Mye av den utbredte uførhet og mange av dødsfallene av kronisk bronkitt og emfysem ville være forebygget dersom sigarettøykingen opphørte

Senere internasjonale studier klargjorde at sigarettøyking er hovedårsaken til kronisk obstruktiv lungesykdom:

*US Surgeon General's Report 1984:*

- Sigarettøyking er hovedårsaken til sykkelighet av kronisk obstruktiv lungesykdom i USA og 80–90 prosent av kronisk obstruktiv lungesykdom er forårsaket av sigarettøyking

#### **4.2.3 Aktiv røyking og koronar hjertesykdom**

Den første store undersøkelsen som viste overhyppighet av dødelighet ved koronarlidelser og sigarettøyking ble publisert i 1954 (Hammond og Horn, 1954). Det ble referert til resultatene av denne studien i Tidsskriftet i 1955 (red.komm., 1955). I en leder i Tidsskriftet i 1958 (anon., 1958a) omtales forskjellige mulige innvirkninger av tobakksrøyking på hjerte-karsystemet. Man anfører at det er tenkelig at 15–20 eller flere sigaretter daglig, etter mange år kan være av en viss betydning. Det anbefales at de ca. 10 % ellers normale individer som reagerer sensitivt overfor tobakk, lar være å røyke. Videre oppfordres de som hvis foreldre er rammet av koronarlidelse og de som vet at de får hjertekrampe-smerter eller andre ubehag etter røyking, om å la røykingen være. Det påpekes at det likevel blir en hel del mennesker tilbake som ikke har noen som helst ubehag av tobakk. I et sammendrag av Hammond og Horn's oppfølgingsstudier (1958) påpeker Tidsskriftet senere dette året (red.komm., 1958b) at koronarlidelser var ansvarlig for 52 % av overdødelighet forårsaket av røyking hos amerikanske menn. I en omtale av undersøkelser ved Ullevål sykehus (red.komm., 1961) angis det at deres resultater er forenlig med en lav grad av assosiasjon mellom sigarettøyking og hyppighet av hjerteinfarkt. Det påpekes imidlertid at forfatteren (Ustvedt HJ) betegner det som like sannsynlig at både hjerteinfarkt og sigarettøyking kan tilskrives underliggende karakteristika hos visse individer.

De internasjonale rapportene fra England og USA i begynnelsen av 1960-årene trekker følgende konklusjoner vedrørende sigarettøyking og koronar hjertesykdom:

*The Royal College of Physicians of London 1962:*

- Sigarettøyking bidrar sannsynligvis til koronar hjertesykdom

*US Surgeon General's Report 1964:*

- Mannlige sigarettøykere har høyere dødelighet fra koronar hjertesykdom enn ikke-røykende menn, men det er ikke klart om denne sammenhengen har årsaksmessig betydning

Den norske helsedirektøren omtaler også sammenhengen mellom sigarettøyking, hjerteinfarkt og hjertekrampe (angina pectoris) i sin redegjørelse fra 1964:

*Helsedirektørens redegjørelse 1964:*

- Hjerterinfarkt og hjertekrampe (angina pectoris) hos menn forekommer betydelig hyppigere hos sigarettrykere enn hos ikke-røykere, og at dette særlig gjør seg gjeldende blant middelaldrende og yngre personer
- Når det gjelder hjertesykdommer, er en direkte årsakssammenheng med sigarettøyking ikke bevist, men mistanken er så sterk at det er grunn til å ta disse sykdommer med i den samlede vurdering av sigarettøykingen som helseproblem

Konklusjonene er lignende i rapporten fra Utvalget for forskning i røykevaner og den påfølgende stortingsmelding:

*Om påvirkning av røykevaner 1967:*

- Selv om det i dag ikke kan sies å være sikkert bevist at det foreligger en årsakssammenheng mellom sigarettøyking og hjerterinfarkt og hjertekrampe (angina pectoris), har Utvalget på bakgrunn av den amerikanske ekspertgruppes uttalelse (...) og senere undersøkelser (...) funnet det riktig også å ta denne sykdomsgruppe med i den samlede vurdering av sigarettøykingens helseskadelige virkninger

*St meld nr 62 (1968–69):*

- Det ble påvist at hjertekrampe (angina pectoris) og hjerterinfarkt hos menn forekommer betydelig hyppigere hos sigarettrykere enn hos ikke-røykere, og at dette særlig gjør seg gjeldende blant middelaldrende og yngre personer

Bratholmkomiteéns innstilling presenterer konklusjoner fra nylig fremlagte amerikanske og britiske rapporter om sammenhengen mellom sigarettøyking og koronar hjertesykdom:

*Bratholmkomiteén, 1971:*

- Sigarettøyking er en signifikant risikofaktor som medvirker til utvikling av hjerterinfarkt. Dette er et forhold som gjør seg tydelig gjeldende, også når det tas hensyn til andre aktuelle risikofaktorer (serumkolesterol, blodtrykk og vekt)
- Dersom befolkningen unnlot å røyke sigaretter ville antall dødsfall av hjerterinfarkt minske betydelig

Etter hvert kommer det også dokumentasjon på at tobakksbruk er assosiert med andre karsykdommer som hjerneslag, utposing av hovedpulsåren og perifer karsykdom:

*US Surgeon General's Report 1972:*

- Tobakksbruk er assosiert med øket risiko for koronar hjertesykdom; cerebrovaskulær sykdom (hjerneslag); aortaaneurysme (utposing av hovedpulsåren) og perifer karsykdom

#### 4.2.4 Opplysning om aktiv røyking og helseskader i Norge

I henhold til helsedirektørens redegjørelse av 1964 har Landsforeningen mot kreft ført an i en omfattende opplysningsvirksomhet om sigarett røyking og helseskader blant barn og unge siden 1957. Plakater, brosjyrer, foldere, timeplaner og foredragsdisposisjoner har vært distribuert til skolene og til dels til barnas foreldre. Landslaget mot tobakksskadene sendte fra 1962 sitt tidsskrift til alle skolestyrer og alle skoler unntatt folkeskolene. Forlaget Liv og Helse distribuerte siden 1958 brosjyrer og plakater om røykingens skadevirkninger.

#### 4.2.5 Dagens status vedrørende kunnskap om aktiv røyking og helseskader

Tidligere undersøkelser har underestimert langtidsrisikoen ved tobakksbruk (Doll et al., 1994). Det ser nå ut til at mellom en tredjedel og halvparten av alle sigarett røykere vil komme til å dø av sin røyking. Menn i alderen 45–64 år som røyker jevnlig har omtrent en tre ganger forhøyet dødelighetsrisiko sammenlignet med ikke-røykere, mens for 65–84 år gamle menn er risikoen fordoblet. Den økede dødeligheten er relatert til kreft (munnhule, spiserør, svelg, strupe, lunge, bukspyttkjertel og urinblære), kronisk obstruktiv lungesykdom og andre luftveissykdommer, karsykdommer (hjerteinfarkt, slag), magesår og (muligens påvirket av personlige egenskaper og alkoholbruk) skrumplever, selvmord og forgiftninger.

### 4.3 Passiv røyking og helseskader

---

#### 4.3.1 Ubehag og irritasjon

*Statens tobakskaderåds rapport, 1972*

Statens tobakskaderåd avga en rapport om passiv røyking (miljøtobakksrøyk) til Sosialdepartementet i mai 1972. I denne rapporten viser man til konklusjoner fra den amerikanske helsedirektør 1972-rapport:

- Luftforurensning med tobakksrøyk kan bidra til ubehag hos mange mennesker
- I forsøk med røykfylte rom er det oppnådd karbonmonoksyd-innhold på samme nivå – av og til over – de tillatte grenser for maksimal luftforurensning i en rekke områder og kan også overskride de yrkeshygieniske grenseverdier for normal arbeidsdag som for tiden gjelder for USA
- Det er vist at komponenter i tobakksrøyk som partikkelstoffene og nitrogenoksydene, i forskjellige konsentrasjoner har en ugunstig innvirkning på lungenes og hjertets struktur og funksjon

Rapporten viser også til uttalelse fra Hygienisk institutt/Yrkeshygienisk institutt:

- De slimhinneirriterende virkninger av passiv røyking medfører ikke bare ubehag, men må anses for direkte helseskadelig hos disponerte individer og kan føre til forverrelse av akutt luftveisinfeksjon og være en påkjenning for kronisk syke lunge-hjerte-pasienter

Rådets medlem Johan H. Andresen (eieren av Tiedemans tobakkefabrikk) ga følgende særuttalelse til rapporten:

- Det foreligger inntil nå ikke underlag for påstanden om at tobakkrøk i de mengder som normalt finnes der mennesker er samlet, er skadelig. Flertallets bruk av noen få undersøkelser til å trekke vidtgående generelle slutninger, finner jeg beklagelig

Når det gjelder sikker dokumentasjon om sammenhengen mellom passiv røyking og mer alvorlige helseskader, vil gjennomgangen ta for seg betydningen av passiv røyking for utvikling av lungekreft, hjerte-karsykdommer, plutselig spebarnsdød og infeksjonssykdommer hos barn.

#### *Rapport fra Statens tobakkskaderåd, 1985*

Statens tobakkskaderåd la i 1985 fram rapporten «Lufta er for alle! Retten til å puste i røykfri luft» med forslag om å innføre bestemmelser i tobakksloven med sikte på vern mot passiv røyking (røykeloven av 1988). I rapporten påpekes følgende virkninger av passiv røyking:

- Straksvirkninger (svie i øynene, kløe i halsen, hoste og hodepine)
- Virkninger på utsatte grupper (helseskader og helseplager hos barn, pasienter med kronisk lunge- og hjertesykdom, allergikere)
- Mulige alvorlige langtidsvirkninger (økt kreftdødelighet)

#### **4.3.2 Passiv røyking og lungekreft**

I begynnelsen av 1980-årene ble det etter hvert klart at eksponering for miljø-tobakksrøyk kunne føre til helseskader hos ikke-røykere. Det ble særlig pekt på at passiv røyking kunne føre til økt risiko for utvikling av lungekreft (Hirayama, 1981; Garfinkel, 1981; Trichopoulos *et al.* 1981).

Med bakgrunn i disse og senere studier konkluderte den amerikanske helsedirektør på følgende måte:

#### *US Surgeon General's Report 1982:*

- Epidemiologiske studier av miljøtobakksrøyk og lungekreft øker bekymringen om at ufrivillig røyking kan representere en kreftisiko for ikke-røykere

#### *US Surgeon General's Report 1986:*

- Ufrivillig røyking er årsak til sykdom, inklusive lungekreft, hos friske ikke-røykere

I en større rapport fra helseministeren av 1994 kvantifiseres antallet lungekrefttilfeller forårsaket av passiv røyking i Norge:

#### *Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og kvinner. En rapport fra helseministeren, 1994:*

- I Norge er det årlig omtrent 50 ikke-røykere som dør av lungekreft som skyldes passiv røyking
- En oversikt over helseskader ved passiv røyking ble publisert i Tidsskriftet i 1996 (Sanner og Dybing, 1996).

#### 4.3.3 Passiv røyking og hjerte- karsykdommer

Den første publikasjonen som påpekte sammenheng mellom passiv røyking og hjerteinfarkt kom i 1985 (Garland *et al.*, 1985). Senere er det fremkommet klare holdepunkter for at ikke-røykere som daglig er utsatt for passiv røyking over lengre tid, har en økt risiko både for dødelig og ikke-dødelig hjertesykdom (se sammenfatninger av Wells, 1994 og Glantz og Parmley, 1995).

Med bakgrunn i disse studiene er hyppigheten av hjerteinfarkt som kan være forårsaket av passiv røyking i Norge, angitt i en rapport fra helseministeren av 1994:

*Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og kvinner. En rapport fra helseministeren, 1994:*

- I Norge er det beregnet at det hvert år dør mellom 300 og 500 av hjerteinfarkt som skyldes passiv røyking

En oversiktsartikkel over passiv røyking og risiko for hjerteinfarkt er gjengitt i Norsk Epidemiologi i 1995 (Dybing og Sanner, 1995).

#### 4.3.4 Passiv røyking og krybbedød

Et stort antall kohorte og pasient-kontrollstudier har vist klar, dose-relatert sammenheng mellom mødres røyking og krybbedød (sudden infant death syndrome, SIDS). Den første studien som undersøkte en mulig sammenheng mellom mødres røyking og krybbedød ble utført i Kanada i midten på 1960-årene (Steele og Langworth, 1966). Anderson og Cook (1997) har nylig gjennomgått 39 slike studier. Den sterkeste sammenheng finnes når moren røyker både under svangerskapet og etter fødselen. Morens røyking bare under svangerskapet øker risiko for krybbedød i de fleste studier, mens også når moren bare røyker etter fødselen synes risikoen å øke. Røyking bare av barnets far gir trolig også risikoøkning for krybbedød, mens dette sees ikke i alle studier.

Allerede i Bratholmkomiteéns instilling refereres det til amerikanske og engelske data vedrørende skadelige effekter av røyking under svangerskapet:

*Bratholmkomiteéns innstilling, 1971:*

- Det foreligger nye data som stadfester at røyking under svangerskapet er forbundet med lav fødselsvekt hos barna
- Det synes som om røyking under svangerskapet kan være forbundet med økt hyppighet av spontan abort, dødfødsel og barnedødelighet umiddelbart etter fødselen

Betydningen av røyking under svangerskapet som årsaksfaktor ved krybbedød er omtalt i en større norsk rapport fra sosialministeren om tobakk og barn i 1992:

*Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og barn. En rapport fra sosialministeren, 1992:*

- Røyking under svangerskapet er en betydelig risikofaktor for krybbedød



#### 4.3.5 Passiv røyking og infeksjons- sykdommer hos barn

De første rapporter om at spedbarn av mødre som røykte hadde signifikant flere sykehusinnleggelser for bronkitt eller lungebetennelse enn barn av ikke-røykende mødre kom i 1974 (Harlap og Davies, 1974; Colley *et al.*, 1974). En systematisk gjennomgang av 50 studier vedrørende foreldres røyking og forekomst av sykdom i nedre luftveier hos små barn er nylig utført (Strachan og Cook, 1997). Denne viser at det er en sikker økt risiko for å ha nattlig hoste og luftveisinfeksjoner (bronkitt, bronkiolitt, lungebetennelse) når barn eksponeres for miljøtobakksrøyk, særlig i løpet av de to første leveår.

Sammenhengen mellom passiv røyking og utvikling av infeksjonssykdommer hos små barn ble påpekt av den amerikanske helsedirektør i 1982:

*US Surgeon General's Report 1982:*

- Barn til foreldre som røyker, sammenlignet med barn av ikke-røykende foreldre, har øket hyppighet av luftveisinfeksjoner, økte luftveissymptomer, og lett nedsatt økning i lungefunksjonen når lungene modnes

Omtrent 20 studier har undersøkt sammenhengen mellom eksponering for miljøtobakksrøyk og sykdommer i mellomøret. En tidlig studie om dette forholdet ble publisert av Kraemer og medarbeidere i 1983, en sammenfattende gjennomgang av foreliggende publikasjoner er gjort av Jinot og Bayard (1996). Det er sikre holdepunkter for en økt risiko for kronisk mellomørebetennelse hos barn som er eksponert for passiv røyking.

*Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og barn. En rapport fra sosialministeren, 1992*

En større rapport fra sosialministeren av 1992 summerer kunnskapen om helseskader hos barn forårsaket av passiv røyking:

- Barn som kommer fra hjem hvor foreldrene røyker er hyppigere utsatt for akutte luftveissykdommer som bronkiolitt, bronkitt og lungebetennelse

### 4.4 Nikotinavhengighet

---

#### 4.4.1 Forholdet mellom avhengighet og vanedanning

Vanligvis vil stoffavhengighet være skapt når følgende tre forhold er tilstede. For det første utvikles det en *toleranse* overfor det aktuelle stoffet; det vil si at man etter hvert må øke inntaket for å oppnå de ønskede virkningene av stoffet. For det andre utvikles det en *fysisk avhengighet* som nødvendiggjør gjentatte inntak for å unngå ubehagelige fysiske symptomer når stoffet ikke lengre finnes i kroppen ( *abstinens* ). For det tredje vil det ved en avhengighetssituasjon være *vanskelig å slutte* med bruken av stoffet.

The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (1994) definerer stoffavhengighet til å være et upassende stoffbruksmønster som fører til klinisk betydningsfulle hemninger eller plager. Disse er karakterisert ved tre (eller flere) av de følgende syv kriterier som opptrer når som helst i den samme 12-måneders periode:

- toleranse
- abstinens
- inntak av stoffet i større mengder eller i lengre tidsperioder enn planlagt
- vedvarende ønske om eller ikke vellykkete forsøk på å redusere eller kontrollere stoffbruk
- en stor del av tiden brukes til aktiviteter for å få tak i stoffet
- viktige sosiale, yrkes- eller fritidsaktiviteter blir oppgitt eller redusert på grunn av stoffbruk
- stoffbruk fortsetter til tross for kunnskap om at man har et vedvarende eller tilbakevendende fysisk eller psykologisk problem som trolig er forårsaket eller forsterket av stoffet

Stoffavhengighet slik det er her definert innebærer både fysisk og psykologisk avhengighet. Fysisk avhengighet og toleranse er biologiske fenomener som kan påvises presist i laboratorier og diagnostiseres nøyaktig klinisk sett (O'Brien, 1996).

Nikotinavhengighet oppfyller alle disse syv kriteriene (US Surgeon General's Report 1988).

Nikotin er den viktigste avhengighetsskapende (addiktive) faktoren ved sigarettøyking. I tillegg kan smaken av røyken gi et visst bidrag til å skape avhengighet. Videre kan røykingen ha ført til avhengighet ved at man ønsker å kontrollere stemningsleiet. Nikotin er unikt ved at det virker både stimulerende og beroligende, de aller fleste andre stoffer virker enten stimulerende eller dempende på sentralnervesystemet. En stor andel av dem som røyker, omtrent 85 prosent, blir avhengige (US Surgeon General's Report 1988). Toleranseutviklingen er mindre overfor nikotin enn de fleste andre avhengighetsskapende stoffer.

Det tok lang tid før vitenskapssamfunnet ble klar over at nikotin er et avhengighetsskapende stoff. Tidlig i 1960-årene var den gjengse oppfatning at nikotin kun var et vanedannende stoff. Med bakgrunn i følgende kriterier utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO, 1957), mente man å kunne skille mellom stoffvaner (drug habituation) og stoffavhengighet (drug addiction) ved at følgende kriterier måtte være oppfylt for å kunne kalle det stoffavhengighet:

- overveldende trang til å skaffe seg stoffer for enhver pris
- tendens til å øke dosen
- psykisk og fysisk avhengighet av stoffet med abstinenssyndrom ved opphør av bruk
- skadevirkninger på individ og samfunn

#### *US Surgeon General's Report 1964*

Under henvisning til disse kriteriene kom en offentlig amerikansk ekspertkomité til følgende konklusjon:

- Tobakksvanen bør karakteriseres mer som en vanedanning (habituation) enn en avhengighet (addiction)

Roald Opsahl (1964) har i Tidsskrift for Den norske lægeforening en gjennomgang av nikotinets virkninger i kroppen. Han hevder at all praktisk erfaring

viser at tilvenning til giften nikotin kan ende i henfallenhet (addiction), selv om det er vanskelig å føre noe vitenskapelig bevis for dette.

*Helsedirektørens redegjørelse 1964*

I Helsedirektørens redegjørelse av 1964 omtales ikke de bakenforliggende biologiske fenomener ved nikotinavhengighet:

- Det er en oppsiktsvekkende stor utbredning av sigarettøyking blant skolebarn og skoleungdom
- Det er flere røykere blant barn og ungdom som fikk lov av foreldrene til å røyke, enn blant barn som ikke fikk lov

I vedlegget til St meld nr 62 (1968–69) gis det en bred omtale av røykeatferd (kap 4). Om tobakk som vanedannende stoff påpekes spesielt:

*Om påvirkning av røykevaner 1967:*

- Under henvisning til de nevnte kriterier (oppsatt av Verdens helseorganisasjon, WHO 1957) er den offentlige amerikanske ekspertkomité om røyking og helse kommet til at man ved tobakksrøyking ikke har å gjøre med «addiction» (avhengighet), men med «habituation» (vanedanning) (US Surgeon General's Report 1964). Flere forhold støtter et slikt standpunkt
- Det angis ofte (for eksempel i Surgeon General's Report 1964) at man ved tobakk ikke har å gjøre med fysisk avhengighet, men utelukkende med en psykologisk betinget avhengighet
- Nikotinets sterke farmakologiske effekt gjør at man vanskelig kan se bort fra muligheten for en delvis fysisk betinget avhengighet av nikotin

Utover i 1970-årene ble det imidlertid alt mer klart at tobakksbruk er knyttet til en nikotinavhengighet (addiction) og ikke bare er en vane (habituation) .

*US Surgeon General's Report 1979:*

- Det er ingen overdrivelse å si at røyking er prototypen på stoffmisbruk-savhengighet (substance-abuse dependency) og at kunnskap om denne prosessen gir stort håp om å forebygge risiko

Rapporten til den amerikanske helsedirektør i 1988 var i sin helhet viet nikotinavhengighet. Følgende konklusjoner er sentrale i denne rapporten:

*US Surgeon General's Report 1988:*

- Sigaretter og andre typer av tobakk er avhengighetsskapende
- Nikotinen er stoffet i tobakk som skaper avhengighet
- De farmakologiske og atferdsmessige prosesser som bestemmer nikotinavhengighet er lik de som bestemmer avhengighet til stoffer som heroin og kokain

#### 4.4.2 Effektterskler og røykekompensering

Nikotin forårsaker sine effekter ved å etterlikne kroppens eget *acetylkolin*, en av de viktigste kjemiske signaloverføringsstoffene i nervesystemet. Ved overføring av impulser fra en nervecelle til en annen frigjøres acetylkolin fra den første cellen og bindes til en mottakerstasjon (*reseptor*) i den andre cellen. Hovedsetet for positive forsterkende effekter i hjernen er det såkalte *mesolimbiske systemet* i mellomhjernen. Signaloverføringsstoffet i dette systemet er *dopamin*, og det finnes spesifikke dopaminreseptorer her. Dopamin blir frisatt ved behagelige hendelser og forsterker følelsen av velbehag som antas å styres fra et område i hjernen som kalles *akumbenskjernen*: Nikotin virker ikke direkte på dopaminreseptorene, men indirekte via acetylkolinreseptorer. Stimulering av disse fører til økt frisetting av dopamin. Dette antas å være den viktigste mekanismen for de adferdsmessige virkningene av nikotin (O'Brien, 1996; Balfour og Fagerström, 1996).

Det er vist at hjernens aktivitet av enzymet monoamin oksidase B er 40 % lavere hos røykere enn hos ikke-røykere eller tidligere røykere (Fowler *et al.*, 1996). Dette enzymet er av betydning for nedbrytningen av dopamin. Den reduserte aktiviteten hos monoamin oksidase B hos røykere vil derved forsterke de adferdsmessige effektene av nikotin. Det er videre nylig vist at det kan være en arvelig betinget forskjell mellom røykere og ikke-røykere med hensyn til hvor lett de blir stimulert av nikotin (Sabol *et al.*, 1999). Denne forskjellen er relatert til et gen som er involvert i dopamintransport.

Til forskjell fra alle andre avhengighetsskapende stoffer, gir nikotininntak gjennom røyking en følelse av velbehag som kun varer så lenge som stoffet tilføres, dvs. sigaretten brenner og man puster inn røyk. Effekten av nikotin har en doseterskel, det vil si at røykeren må oppnå en minimumskonsentrasjon i blodet og derved i hjernen for at de ønskede effekter skal oppnås (O'Brien, 1995; Balfour og Fagerström, 1996). Det kan se ut som om det finnes to typer røykeatferd. Blant den ene typen synes toppnivåene av nikotin i kroppen å være avgjørende. Blant den andre typen er hovedsaken å opprettholde et jevnt nikotinnivå over hele det våkne døgnet.

Røykere kompenserer for mangel på nikotin i sigaretter med lavt tjære- og nikotininnhold ved å dra inn hyppigere, ved å øke dybden eller lengden av inhaleringen, ved å røyke flere sigaretter per dag og ved å røyke sigaretter til kortere stumplengde. Dette betyr at de som røyker sigaretter med lavt tjære- og nikotininnhold, blir eksponert for mer tjærestoffer og andre skadelige forbindelser enn det som fremkommer ved analysering av sigarettroyk (se pkt. 2.4 ovenfor). Dette fenomenet som kalles røykekompensering (Russel *et al.*, 1980; Surgeon General's Report 1979).

Kunnskapen om røykekompensering var imidlertid ikke kjent før mot slutten av 1970-årene. Tidligere var oppfatningen den at dersom man minsket nikotininnholdet i sigarettene, i tillegg til en reduksjon av tjæreinnholdet, ville helseskadende reduseres:

*US Surgeon General's Report 1972:*

- Hovedtyngden av vitenskapelig dokumentasjon peker klart på at jo lavere tjære- og nikotininnholdet i sigarettroyken er, jo mindre skadelig vil effek-

ten være

Senere vitenskapelige undersøkelser (bl.a. Russel *et al.*, 1980) erkjente derimot realiteten av røykekompensering, hvilket førte til en endret oppfatning hos den amerikanske helsedirektør:

*US Surgeon General's Report 1979:*

- Befolkningen bør varsles om at å skifte til en mindre skadelig sigarett, kan i realiteten føre til økt fare dersom de begynner å røyke flere sigaretter eller inhalerer dypere

*US Surgeon General's Report 1981:*

Røykere kan øke antallet sigaretter de røyker og inhalere dypere når de går over til sigaretter med lavere utbytte (av tjære og nikotin). Kompenserende adferd kan oppheve fordelene med produktet med lavere utbytte og til og med øke helserisikoen

#### 4.5 Konklusjoner

---

- Sammenhengen mellom aktiv røyking og lungekreft var vitenskapelig erkjent i Norge mot slutten av 1950-tallet. Denne sammenhengen ble beskrevet i Helsedirektørens redegjørelse av 1964.
- Sammenhengen mellom aktiv røyking og kronisk obstruktiv lungesykdom var vitenskapelig erkjent i Norge i begynnelsen av 1960-årene. Denne sammenhengen ble beskrevet i Helsedirektørens redegjørelse av 1964.
- Sammenhengen mellom aktiv røyking og koronar hjertesykdom var vitenskapelig erkjent i Norge i begynnelsen av 1960-årene. Denne sammenhengen ble beskrevet i Helsedirektørens redegjørelse av 1964.
- Sammenhengen mellom passiv røyking og lungekreft var vitenskapelig erkjent i midten på 1980-tallet. Dette framgår av Statens tobakksskaderåds rapport fra 1985 om «Lufta er for alle! Retten til å puste i røykfri luft.»
- Sammenhengen mellom passiv røyking og hjerte-karsykdommer ble erkjent i vitenskapssamfunnet i begynnelsen av 1990-tallet.
- Sammenhengen mellom passiv røyking og krybbedød var vitenskapelig erkjent i løpet av 1980-årene.
- Sammenhengen mellom passiv røyking og infeksjonssykdommer hos barn var vitenskapelig erkjent i begynnelsen av 1980-årene
- Sigaretttrøyking ble av vitenskapssamfunnet oppfattet som en vanedanning på 1960-årene. Denne oppfatningen ble også gjort gjeldende i rapporten «Om påvirkning av røykevaner» av 1967. Først mot slutten av 1970-årene ble tobakksbruk vitenskapelig erkjent i åpen faglitteratur som en avhengighetstilstand.

## Kapittel 5

# Utvikling i tobakksforbruk og røykevaner i Norge i etterkrigstiden

### 5.1 Innledning

---

Sykdommer som har en direkte eller indirekte årsak i røyking, som for eksempel kreft og hjertekar sykdommer, oppstår som oftest etter lang tids røyking. De fleste av de 7 500 nordmenn som nå årlig dør av sykdommer som settes i sammenheng med bruk av tobakk, har begynt å røyke i 1950, -60 og -70 årene. Å kartlegge utbredelsen av røyking i denne perioden blir derfor en naturlig del av den utredning Sosial- og helsedepartementet har bedt om fra fagrådet i Statens tobakksskaderåd.

Data fra årlige salgsoppgaver og repeterte undersøkelser om røykevaner innbyr til et studium av endringer i tobakksforbruket i befolkningen. Spesielt vil vi studere kjønnsforskjeller i konsumet av tobakk, endringer i den sosiale sammensetningen av røykerne, forskjeller i forbruksmønster og tidspunkt for rekruttering mellom ulike fødselskohorter, samt forandringer i kunnskap om skadevirkninger. I tillegg vil det bli forsøkt å sette disse historiske endringene inn i en sosial, økonomisk, kulturell og reklame- historisk kontekst, der formålet er å gjøre de observerte endringene forståelige. I vedlegg 6 er det foretatt en mer inngående drøfting av tobakksreklamens meningsinnhold og dens normative betydning for et «røykevennlig samfunnsklima».

### 5.2 Avgrensninger

---

#### 5.2.1 Historisk periode

Det er i første rekke endringer i røykevaner og tobakksforbruk i perioden 1950–1975 som vil bli belyst og kommentert. For å karakterisere endringene i denne perioden mer utførlig, er det hensiktsmessig å anlegge et mer utvidet tidsperspektiv. Mange av figurene som skal presenteres, inneholder derfor informasjon for perioden forut for 1950 og i tiden etter 1975. Kommentarene er likevel i størst grad konsentrert til å gjelde tidsrommet 1950–1975.

#### 5.2.2 Tobakksprodukter

Det er i hovedsak konsum av tobakksprodukter for *røyking* som vil bli belyst. Dette innbefatter fabrikkproduserte sigaretter, tobakk for rulling i papir og tobakk for røyking i pipe. Bruk av tyggetobakk var dominerende helt fram til slutten av 1920-årene, og hadde fortsatt en markedsandel på 20 % ved inngangen til den perioden som vi skal befatte oss med. Ved utgangen av perioden var imidlertid markedsandelen sunket til 5 %. Konsumet av sigarer og sigarillos har i Norge inntil nylig vært marginal. Endringer i forbruket av denne varegruppen blir derfor heller ikke kommentert.

### 5.2.3 Datamateriale og beregningsmåte

Resultater som presenteres er i vesentlig grad hentet fra Karl Erik Lunds doktoravhandling *Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre*.<sup>1</sup> Det henvises til denne for en detaljert beskrivelse og diskusjon av data-materiale, analysemetoder, beregningsgrunnlag, spørsmålsformuleringer, sammenlignbarhet og mulige feilkilder.

### 5.2.4 Fortolkning av de observerte endringene

For å forstå de empiriske endringene som skal presenteres, skal de settes inn i en samfunnsmessig kontekst, se punkt 5.7. Fortolkninger av endringer i periodene før 1950 og etter 1975 vil kun være oversiktlig og oppsummerende. Det henvises til Lund (1996a) for en mer inngående drøfting av disse periodene.

## 5.3 Endringer i registrert salg av tobakksprodukter for røyking i perioden 1950–1975

---

### 5.3.1 Innledning

Figur 5.1 viser registrert salg av tyggetobakk (skrå og snus) og røyketobakk (fabrikkproduserte sigaretter, tobakk til sigarettrolling og tobakk til pipe-røyking) per nordmann som er fylt 15 år fra 1909 til 1999. Veksten i tobakks-laget var særlig sterk i periodene før begge verdenskrigene. I perioden 1950 til 1975 steg det totale salget av røyketobakk fra 1512 gram til 2100 gram, eller med 39 %. Gjennomsnittlig økning i salget per år var 29 gram i 1950-årene, 33 gram i 1960-årene og 14 gram i første halvpart av 1970-årene.

### 5.3.2 Pipetobakk

I perioden 1950–1960 var salget av tobakk til piperøyking det største av alle tobakksprodukter. Sigarett-røyking – enten disse var rullet av røykeren selv eller fabrikkproduserte – ble riktignok mer populært enn piperøyking fra 1950 av, men salget av pipetobakk fortsatte å være det største av alle tobakksprodukter i ennå ti år. Salgstoppen for pipetobakk var i 1946–47 med 847 gram per voksen. Den første 15-års-perioden etter krigen var salget av pipetobakk stabilt – rundt 700 gram per voksen. I perioden 1960–75 gikk imidlertid salget av pipetobakk kraftig tilbake. I 1974–75 var salget 220 gram per nordmann over 15 år. I perioden 1950–51 til 1974–75 ble salget av tobakk til piperøyking redusert med ca 70 %.

Resultater fra spørreundersøkelser utført av Norges markedsdata i peri-oden 1958–1973, viser at andel piperøykere i den røykende mannlige befolkning ble halvert fra ca. 40 % til ca 20 %. I 1990-årene er det færre enn 5 % av de mannlige røykerne som røyker pipe.<sup>2</sup>

### 5.3.3 Rulletobakk

Rulling av røyketobakk i sigarett-papir er først og fremst et etterkrigsfenomen. I få andre land har det vært solgt så mye rulletobakk per innbygger som i Norge. Mens omsetningen av tobakk til rulling var 271 gram per voksen i 1950–51, var salget i toppåret 1974–75 på hele 1319 gram – en økning på hele

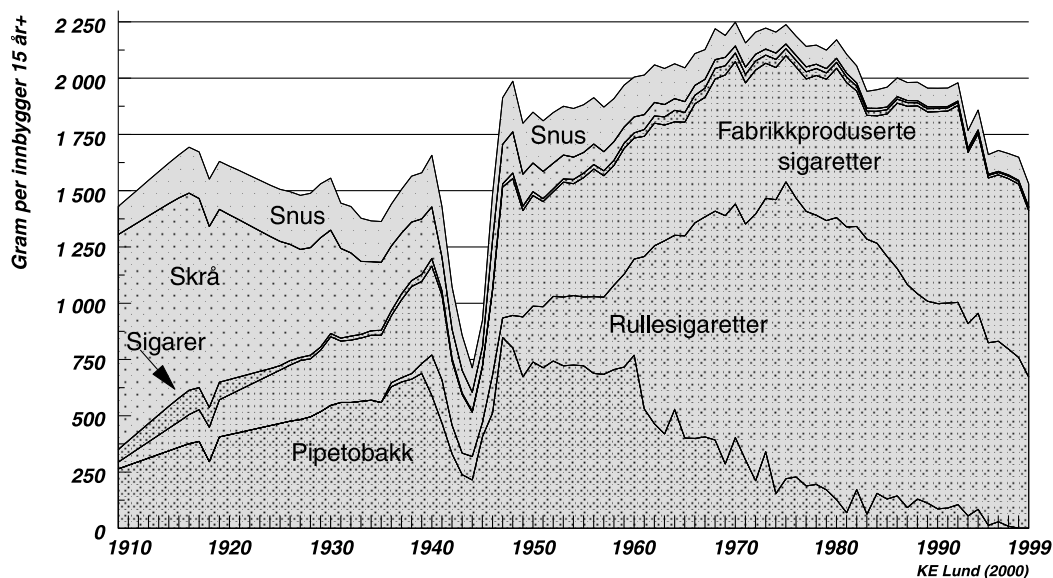
1. Lund KE, 1996a.

2. Lund KE, 1996a; 36.

387 %. Økningen var størst fra 1960 til 1975. Fra 1960 ble tobakk til sigaretttrulling det mest solgte enkeltstående tobakksprodukt i Norge. I toppåret 1974–75 hadde rulletobakken alene en markedsandel på 62 % av all røyketobakk. Utbredelsen av rulletobakk skyldes mest sannsynlig dens lave pris sammenlignet med fabrikkproduserte sigaretter. Konsumet av rulletobakk er i 1990-årene nesten halvert i forhold til toppåret. Reduksjonen startet i midten av 1980-årene og har siden vedvart.

#### 5.3.4 Fabrikkproduserte sigaretter

Salget av fabrikkproduserte sigaretter økte fra 467 gram i 1950–51 til 561 gram i 1974–75 – eller med 20 %. Siden begynnelsen av 1980-årene har forbruket økt, spesielt de siste årene. I 1998/99 var konsumet 770 gram per nordmann som er fylt 15 år. Nordmenn har fått mer kontinentale tobakksvaner.



Figur 5.1 Registrert salg av ulike tobakksprodukter i Norge, 1909–1998/99

#### 5.3.5 Endringer i selvrapportert forbruk av tobakk

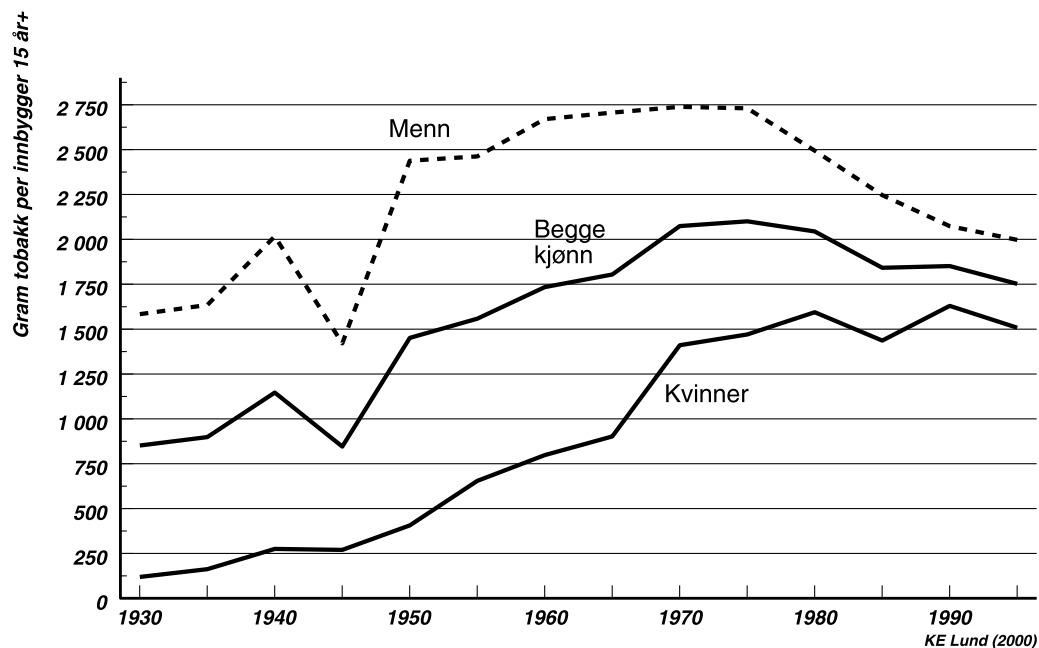
I hele etterkrigstiden har det selvrapporterte forbruket av tobakk per røyker per dag vært to til tre gram lavere for kvinner enn for menn. I 1950 lå konsumet på ca. åtte gram tobakk per dag for menn og seks gram for kvinner. I 1975 hadde det daglige forbruket økt parallelt for begge kjønn til henholdsvis 13 gram for menn og 10 gram for kvinner. Veksten i daglig sigarettkonsum fortsatte inntil 1985 hvor menn konsumerte 15 gram og kvinner 12 gram. Etter denne tid flatet kurven ut.

#### 5.3.6 Endringer i tobakksavsetningen til kvinner og menn

Figur 5.2 viser det årlige forbruket av røyketobakk fordelt på kvinner og menn i perioden 1930–1998. Figuren viser at tobakkskonsumet per mann som er fylt 15 år økte fra 2400 gram i 1950 til 2750 gram i 1975 – dvs 15 %. Den største økningen skjedde i første del av perioden. Blant norske kvinner steg tobakks-



forbruket i samme tidsrom med 22 % – fra 470 gram i 1950 til 1 500 gram i 1975. Økningen var særlig sterk i tiden 1965–1970. Dette var samtidig som tobakksindustrien for alvor begynte å markedsføre sigaretter til «den frigjorte, kvinnelige lønnsarbeider» (jf vedlegg 6). Etter 1975 flatet forbruket ut for kvinner, og ble kraftig redusert for menn.



Figur 5.2 Årlig forbruk av sigaretter og pipe-/rulletobakk fordelt på kvinner og menn 15 år og over 1930–98

Det er altså skjedd en kjønnskonvergens i tobakkskonsumet. I 1950 ble kun 15 % av tobakksomsetningen etterspurt av kvinner. I 1975 var den omsatte mengde sigaretter og pipe-/rulletobakk konsumert av kvinner økt til 35 %, mens andelen var 45 % i 1998.

## 5.4 Endringer i andel røykere

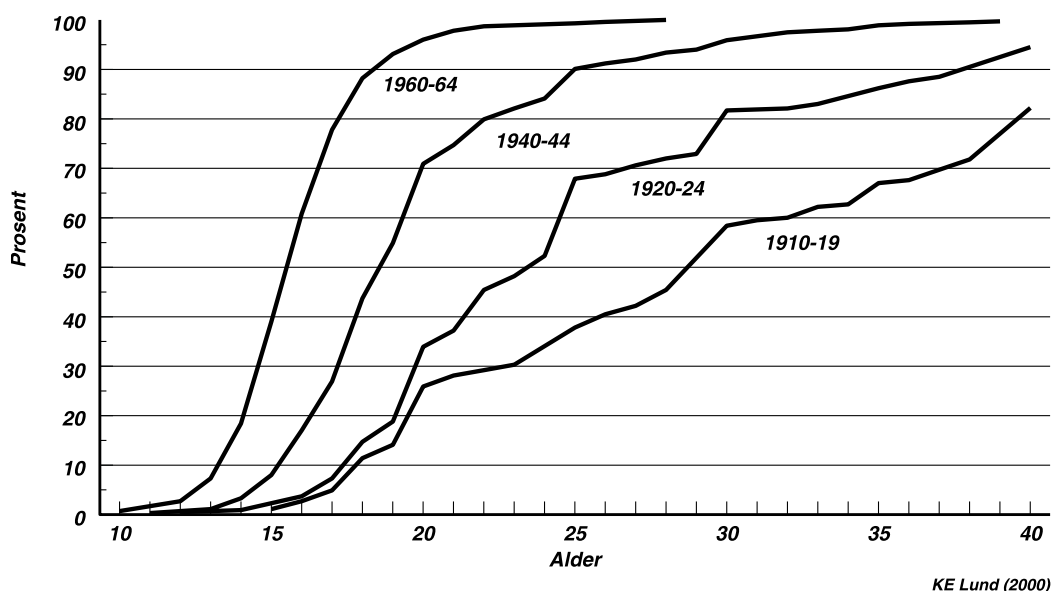
### 5.4.1 Innledning

Siden 1954 er det utført regelmessige undersøkelser om røykevaner i representative utvalg av den voksne befolkning. Prosentandelen som oppgir å røyke daglig i hele den voksne befolkningen, ble redusert med omlag 5 prosentpoeng – fra ca. 45 % i 1954 til ca. 40 % i 1975. Folketilveksten i denne perioden gjorde likevel at antall personer som røykte, økte fra ca 1,1 millioner i 1954 til ca 1,2 millioner i 1975. Andel dagligrøykere var 33 % i 1999. I løpet av etterkrigstiden har det foregått store endringer i sammensetningen av røykerne – både med hensyn til kjønn, alder, utdanning, yrke, sentralitet og regionalitet.

### 5.4.2 Kjønn

Blant menn ble andelen som røyker daglig redusert fra rundt 65 % i siste halvdel av 1950-årene, til 50 % i 1975. Andelen fortsatte å synke til 33 % i 1999, men med en noe avtagende hastighet i 1990-årene. Samtidig økte kvinnes andel med røykere fra 23 % i 1954 til en topp på 37 % i 1970, for deretter å innta et noenlunde stabilt nivå på i overkant av 30 %.

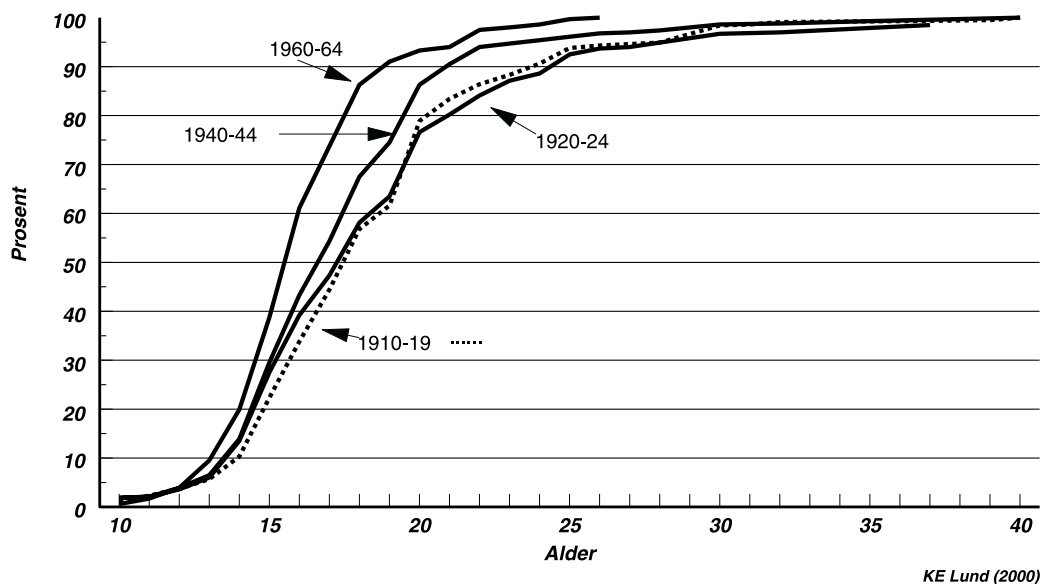
For å studere hvor mange kvinner og menn som til enhver tid begynner å røyke, er det hensiktsmessig å ha kunnskap om *når i livsløpet* røykerekrutteringen oftest skjer. Videre er vi interessert i å vite om det har vært forskjeller i tidspunktene for røykestart mellom kvinner og menn i ulike fødselskohorter (generasjoner).



Figur 5.3 Alder ved røykestart for kvinner i ulike fødselskohorter, kumulative prosent

Figurene 5.3 og 5.4 viser alder ved røykestart (kumulative prosent) for kvinner og menn i ulike fødselskohorter.<sup>3</sup> Figurene illustrerer at debutalderen for røyking har blitt forskjøvet til stadig tidligere faser av livsløpet. Dette er mer markert for kvinner enn for menn. Hele 65 % av de som ble røykere i kvinnekohorten født 1920–24 startet sin »røykekarriere« etter fylte 20 år (fig. 5.3). I denne fødselskohorten ble faktisk 20 % rekruttert til røyking etter 30-årsalderen. I yngste kvinnekohorte (født 1960–64) har derimot praktisk talt alle begynt å røyke før de har fylt 20 år.

3. De yngste i dette materialet (de født 1960-64) er ved siste undersøkelse i begynnelsen av 30-årene. Det er med andre ord en teoretisk sjanse for at disse ennå kan få et tilsig av nye røykere. Som figurene viser, er det imidlertid liten sannsynlighet for rekruttering etter fylte 30 år for dagens unge.



Figur 5.4 Alder ved røykestart for menn i ulike fødselskohorter, kumulative prosenter

I den periode som er i fokus for denne utredningen – 1950–1975 – var den gjennomsnittlige alder for røykestart ca. 17–18 år for menn. Blant kvinner sank gjennomsnittlig debutalder fra 23 år i begynnelsen av perioden til 17 år i slutten.

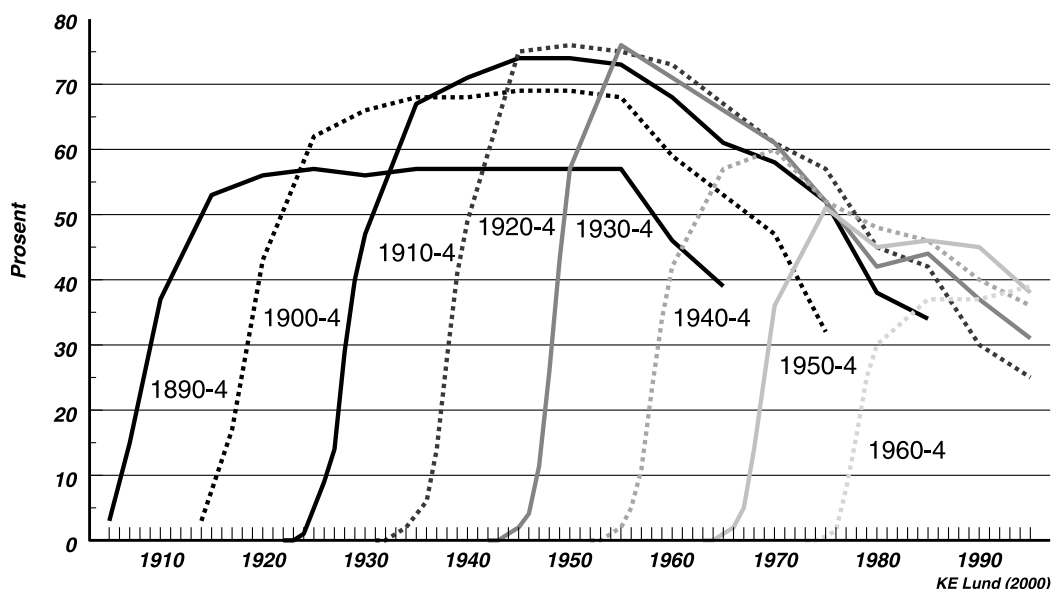
For krigsbarna, og i alle seinere kohorter, har så og si alle – både kvinner og menn – begynt å røyke før fylte 25 år. Dette betyr at andel røykere i aldersgruppen 16–24 år vil gi en god indikasjon på nyrekrutteringen (insidensraten) til røyking i Norge omtrent fra 1955. Nyrekrutteringen blant menn har gått kraftig ned fra dette tidspunkt. I 1955 røykte ca. 65 % av menn i alderen 15–24 år, mens andelen var redusert til om lag 45 % i tiåret 1965–75. I 1982 hadde andelen gått ned til 33 %, men fra dette tidspunkt har andelen vært noenlunde stabil. For kvinner i alderen 15–24 år lå andel dagligrøykere stabilt på ca 35 % fra 1955 til 1965. I 1970–75 var innslaget av unge røykende kvinner imidlertid økt til ca 45 % – altså det samme nivå som hos menn. Fra dette tidspunktet begynte imidlertid andelen å falle – til 33 % i 1985, men i likhet med unge menn har innslaget av unge kvinner som røyker vært ganske stabilt fram til nå. Hos begge kjønn har andelen som oppgir å røyke av og til, faktisk økt noe de siste årene.

#### 5.4.3 Alder, fødselskohorte og periode

Figur 5.5 og 5.6 gir et godt utgangspunkt for å betrakte endringer i andel røykere over livsløpet i ulike generasjoner av kvinner og menn. Kurvene angir andel dagligrøykere i femårige fødselskohorter født i første halvdel av hvert tiår i perioden 1890 til 1964 (for eksempel 1890–94, 1900–04, osv, 1960–64). Figurene gir mye informasjon om endringsmønstre i norske røykevaner i det 20. århundre. Oppmerksomheten skal i det følgende rettes mot disse empiriske observasjonene:

*Stadig flere røykte i første halvdel av det 20. århundre*

Figur 5.6 viser at andel mannlige røykere i generasjoner som var unge i perioden 1910–1950, steg dramatisk med de suksessive fødselskohorter. Inntil 1950-årene ble hver femårskohort etterfulgt av en ny hvor utbredelsen av tobakk var større. »Inngangsnivået« – andel røykere for 15/16–19 åringer – økte fra 37 % for fødselskohorten 1890–94 til 57 % for fødselskohorten 1930–34. Fødselskohorten 1925–29 ser ut til å gå over i historien som den hvor innslaget av røykere blant menn har vært størst. Da disse var i alderen 20–24 år – nærmere bestemt rundt 1950 – røykte nærmere 80 %.

*Kvinner begynte å røyke seinere – både i biografisk og historisk forstand*

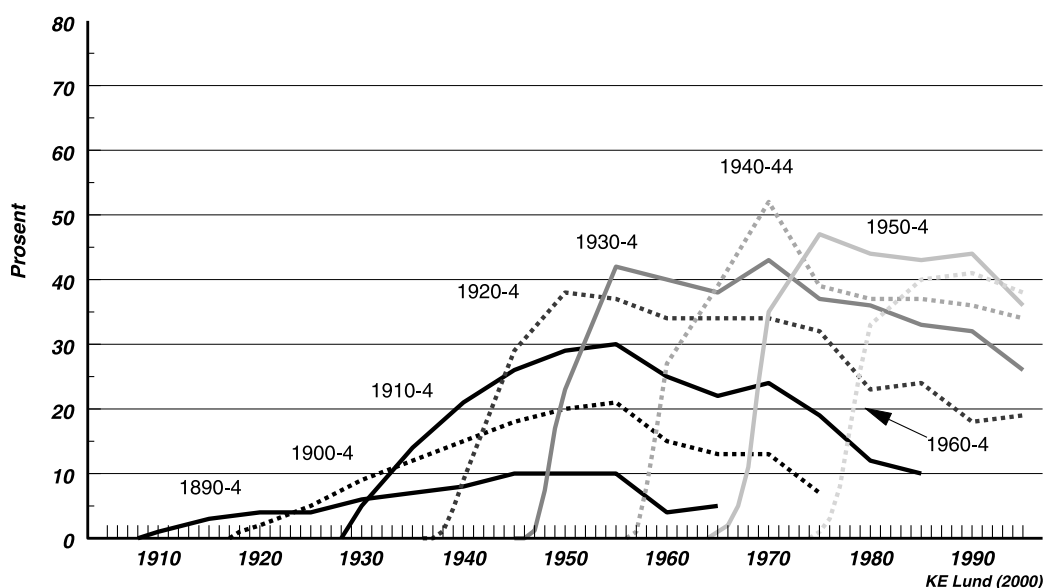
Figur 5.5 Andel røykere blant menn i femårs kohorter født 1890–1964, i perioden 1910–1995

I figur 5.3 ble det vist hvordan kvinner i de eldre fødselskohortene hadde begynt å røyke på et seinere *tidspunkt i livsløpet* enn menn. Figurene 5.5 og 5.6 gir i tillegg informasjon om ulikheter i andel røykere mellom kvinner og menn på ulike *historiske tidspunkter*. I motsetning til hos menn, forekom tobakksrøyking ved århundreskiftet i en meget marginal kvinnegruppe. Andelen mannlige røykere født 1890–94 var mer enn fem ganger større enn innslaget av røykere i tilsvarende kvinnekull. I kohortene født før 1934 har minst to av tre menn røykt, mens under hver tredje kvinne født før 1905 og under halvparten av dem som er født i tidsrommet 1905–1934 oppgir at de noen gang har røykt. For kvinner skjøt økningen i røykingen fart først etter 1940. Fra å ha holdt et inngangsnivå på under 10 % for de eldste generasjoner, økte innslaget av røykere i aldersgruppen 15/16–19 år til 23 % blant de født 1930–34. Avstanden mellom andel mannlige og kvinnelige røykere reduseres for hver suksessive fødselskohorte, og er jevnet ut for de som er født etter 1950.

*Stadig færre røykte etter 1955*

Figur 5.5 og 5.6 viser at utbredelsen av tobakk nådde et foreløpig toppunkt en gang midt i 1950-årene. For menn som var over 19 år i 1955, ble innslaget av røykere redusert i alle kohorter i påfølgende periode. For menn som var over 35 år i 1955 fortsatte andelen røykere å synke helt fram til disse som 75 åringer ved ulike tidspunkter forlot det aldersintervall som det samles inn data for – nemlig 16–74 år. For menn som var i aldersgruppen 20–34 år i 1955 – dvs de som fortsatt var med i materialet ved siste observasjon i 1995 – fortsatte også andelen røykere å synke. Røykeandelen blant menn født 1935–1944 – de som altså var i aldersgruppen 10–19 år i 1955 – har vist den samme avtagende tendens etter fylte 30 år som i de eldre fødselskohortene. Dessuten har nivået for andel røykere i aldersgruppen 15–19 år – blitt redusert fra 57 % i 1955 til 35 % i 1965.

Også i samtlige årganger av kvinner født før 1935 økte andelen røykere markert med alderen, fram til et maksimum rundt 1955. Deretter avtok andelen i alle kohorter over 19 år fram til 1965 – riktignok i noe svakere grad enn hva tilfellet var for menn. Etter en sammenhengende periode med stadig tiltagende økning siden århundreskiftet, fikk også «inngangsnivået» for kvinner for første gang en utflatning i tiåret 1955–65.



Figur 5.6 Andel røykere blant kvinner i femårs kohorter født 1890–1964, i perioden 1910–1995

*Andelen kvinnelige røykere økte på slutten av 1960-årene*

Etter den midlertidige reduksjonen i andelen kvinner som røykte fra 1955 til 1965, økte andelen på ny i de fleste kohorter over 20 år fram til 1970. I påfølgende femårsperiode – fra 1970 til 1975 – avtok igjen innslaget av kvinner som røykte i alle kohorter over 20 år. Dette viser at vi her mest sannsynlig har å gjøre med en såkalt *periodeeffekt*. Dvs at årsaken til økningen kan være å finne i tidsbestemte sosiokulturelle eller økonomiske forhold knyttet til et avgrenset

tidsrom – for eksempel økningen i den kvinnerettete markedsføringen fra tobakksindustrien (jf vedlegg 6).

#### *Innslaget av kvinner som røykte nådde aldri menns toppnivå*

De mannskohorter som ser ut til å gå over i historien som de «mestrøykende», er de født rundt 1920. På 1950-tallet, da disse var rundt 30 år, røykte nesten 80 %. Den kvinnekohorte som foreløpig har vært mest «belastet» med røykere, er de som er født rett etter krigen. Rundt 1970 var disse oppe i ca. 50 % røykere. Dette betyr at utbredelsen av tobakk blant kvinner har vært betydelig, men ikke nådd samme omfang som hos menn.

#### **5.4.4 Ungdom 13–15 år**

Rekken av representative undersøkelser som Statens tobakksskaderåd har foretatt av røykevaner blant ungdomsskoleelever <sup>4</sup> og undersøkelser av Oslo-ungdoms (16–20 år) tobakksbruk fra Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, <sup>5</sup> bekrefter en betydelig reduksjon i ungdoms røykevaner etter 1975. Fra 1957 til 1975 økte andel dagligrøykere blant 15-åringene fra 12 % til 23 % for gutter, og fra 3 % til 28 % for jenter. I 1995 var andelen henholdsvis redusert til 14 % og 16 %.

Fram til nå har det vært fokusert på utviklingstrekk i lys av variablene *kjønn, alder, kohorte og periode*. I det videre skal endringene kort utforskes på basis av *inntekt og utdanning*.

#### **5.4.5 Inntekt**

Blant menn har innslaget av røykere vært på retur i alle inntektsklasser siden midt i 1950-årene. Hurtigst har imidlertid reduksjonen vært i de høyeste inntektsgruppene. I 1956 var innslaget av røykere størst i høyeste og mellomste inntektsklasse med ca. 75 %, mens andelen var minst blant menn i laveste inntektsgruppe med 61 %. Etter 1975 ble forholdet snudd, og inntil nylig har det vært færrest røykere blant de med høyest inntekt.

Mens altså andel røykere blant de med lavest inntekt passerte andelen i høyeste inntektslag i 1975 for menn, så skjedde en slik tangering først i 1990 for kvinner. Fra kun å ha rundt 15 % røykere på midten av 1950-årene, steg andelen røykere i laveste inntektssegment til det dobbelte. Også blant kvinner med middels inntekt har innslaget av røykere i samme periode steget med over 10 %-poeng – fra under 30 % til ca. 40 %. I høyeste inntektsgruppe var andelen røykere hele 38 % i 1956, men har siden blitt redusert med omlag 5 %-poeng. Slik tilfellet var for menn i 10-årsperioden 1974–84, har det siden 1983 vært flest røykere blant kvinner med middels inntekt. De samme tendenser ser altså ut til å inntreffe for kvinner, men med en tidsforskyvning på rundt 10–15 år.

#### **5.4.6 Utdanning**

Menn i samtlige utdanningskategorier har redusert sin andel røykere. Hurtigst har reduksjonen gått blant menn med lengst utdanning, mens nedgangen har gått langsommere blant dem med kortest utdanning. Begge disse

4. Braverman MT, Svendsen T, Lund KE, Aarø LE, 1999

5. Irgens-Jensen, O, 1988

gruppene hadde omlag 60 % røykere rundt midten av 1960-tallet. 35 år seinere røyker fortsatt ca 45 % av de med kortest utdanning, mens innslaget av røykere i høyeste utdanningskategori faktisk er redusert til bare 20 %. Fra å være et forbruk som altså var like vanlig uansett utdanning i 1960-årene, har denne reduksjonen i andel røykere på hele 40 %-poeng blant menn med lang utdanning ført til at røyking i 1990-årene framstår som meget skjevt fordelt.

Slik tilfellet var hos menn, hadde også kvinner med høyest utdanning den største andel røykere i midten av 1960-årene. Raten lå på dette tidspunktet i underkant av 40 %, og var omlag 10 %-poeng høyere enn raten for kvinner med kortest utdanning. I påfølgende tiår økte innslaget av røykere i alle utdanningsgrupper. Blant kvinner med kortest utdanning økte faktisk andel dagligrøykere helt fram til nå hvor den er ca 40 %. Det skal her likevel nevnes at denne gruppen – som har grunnskole som avsluttende utdanning – er kraftig desimert i *antall personer* i denne 30-årsperioden. Stadig flere velger å ta utdanning utover obligatorisk grunnskole, og i innslaget av røykere blant kvinner med lengst utdanning er i dag ca. 20 %-poeng lavere enn for ca. 20 år siden. Som for menn har altså røykende kvinner hatt en relativ overrepresentasjon av personer med kort utdanning siden midten av 1970-årene.

## 5.5 Endringer i kunnskaper om helsevirkninger ved bruk av tobakk

---

### 5.5.1 Innledning

I punkt 5.3 ble det redegjort for *endringer i salget* av ulike tobakksprodukter. Punkt 5.4 ga deretter en redegjørelse for de kjønnsspesifikke *utviklingstrekkene i andel røykere* i ulike aldersgrupper, fødselskohorter, utdannings- og inntektsgrupper. I dette punktet vil det bli vist hvordan *kunnskapen om tobakk har endret seg* over tid blant kvinner og menn.

### 5.5.2 Endringer i kunnskaper om helseeffekter

En undersøkelse fra Norsk Gallupinstitutt A/S i 1947, viste at 48 % av kvinnene og 33 % av mennene hadde tenkt å slutte/røyke mindre, og at helsefaren var den hyppigst oppgitte årsak. I en undersøkelse fra 1954 kom røyking på første plass blant kvinner og på andre plass blant menn over *«ting som er skadelig for helsen»*.<sup>6</sup> Enkelte spørsmål er også stillet ved flere tidspunkter med samme ordlyd. Dette åpner for endringsstudier.

I perioden 1956–89 har andelen som mener at tobakksrøyking medfører kreftrisiko økt omtrent til det dobbelte både blant kvinner og menn. I midten av 1950-årene mente i overkant av 40 % av mennene og ca. 45 % av kvinnene at man kunne få kreft av å røyke. I 1975 var andelene henholdsvis 75 % og 80 %. I 1989 hadde andelen økt til i underkant av 90 % for begge kjønn. I hele perioden har kvinner i større grad erkjent kreftfaren ved røyking, men kjønnsforskjellen har ikke vært stor. Den hurtigste veksten i kurvene kom i perioden 1965–75. Troen på røyking som kreftframkallende har hele tiden vært mest utbredt blant de med lengst utdanning.<sup>7</sup>

6. Alstad B, 1969: 57

7. Lund KE, 1996a: 65

Andelen som oppgir at *all sigarettøyking er helseskadelig* har også vokst til det dobbelte både blant kvinner og menn. I begynnelsen av 1970-årene mente omlag 20 % menn og 23 % kvinner at «all sigarettøyking» var skadelig for helsen. I midten av 1990-årene var andelen økt til 40 % for menn og nesten 50 % for kvinner. Det er blant røykerne at økningen i tilslutningen til påstanden har vært størst. I 1973 var det bare omlag 15 % av røykerne som mente dette. I 1994 var andelen steget til 40 % – faktisk det samme resultat som i normalbefolkningen blant menn.<sup>8</sup> Tester av spørsmålets validitet viser imidlertid at det er et upresist mål på faktisk opplevd og personifisert erkjennelse av risiko.

## 5.6 Modell for sekvensene i røykingens historie

---

### 5.6.1 Innledning: WHO's modell

Verdens helseorganisasjon har lansert en deskriptiv modell av spredningsform og spredningshastighet i det den kaller «sigarettedepidemien».<sup>9</sup> I tillegg til å beskrive typiske sekvenser i et lands «røykehistorie», fokuserer denne modellen også på forløpet av de *røykerelaterte sykdommene*. Modellen inneholder med andre ord både en *atferds-* eller *eksposisjonskomponent* (røyking) og en *sykdomskomponent* (kreft og hjerte/kar sykdommer). Basert på nærmere 100 års observasjon av de land med lengst historie på omfattende tobakksbruk, f.eks. USA, Canada og Storbritannia, inndeler forskerne sigarettedepidemien i fire faser som hver gis følgende karakteristikker:

#### *Fase I*

Epidemiens begynnerfase har en varighet på 10–20 år. Omlag 15 % av mennene røyker, mens andelen røykere blant kvinner ikke overstiger 5 %. Forbruket per voksen innbygger ligger på rundt 500 gram per år. Dødsfall som kan relateres til røyking er foreløpig fraværende. Forebyggende tiltak er ikke igangsatt. Helseopplysningsarbeidet preges av ernæringskunnskap og planer for å bekjempe infeksjonssykdommer. Andelen røykere blant menn er sterkt stigende – særlig i øvre middelklasse, mens sosiokulturelle normer legger sterke bånd på utbredelsen av kvinners røyking. Epidemien av tobakkssykdommer kan fortsatt forhindres. Fortsatt er mange utviklingsland, særlig i det sentrale Afrika, på dette stadiet.

#### *Fase II*

Denne fasen har en varighet på 20–30 år. Andel røykere blant menn øker fortsatt og når i løpet av perioden et toppunkt rundt 50–80 %. Andelen forhenstående røykere er foreløpig lav. Andelen røykere blant kvinner stiger, men ligger betydelig lavere enn blant menn. Det er nå blitt en liten sosial skjevhet i sammensetningen av røykere blant menn. Blant kvinner er andel røykere fortsatt størst i grupper med høy sosioøkonomisk status. Forbruket per voksen innbygger er kommet opp i 1 000–3 000 gram, hovedsakelig konsumert av menn. Forebyggende arbeid ligger fortsatt brakk. Opplysningsvirksomheten

8. Lund KE, 1996a; 65-66

9. Lopez et al. 1994



om tobakk er sporadisk og usystematisk, og har sjelden statlig støtte. Mot slutten av denne fasen utgjør de tobakksrelaterte dødsfall omkring 10 % blant menn, men fortsatt dør svært få kvinner av sykdommer som skyldes røyking. Antall nye årlige tilfeller av lungekreft har i løpet av perioden steget fra 5 per 100 000 til 50 per 100 000 for menn. Tobakkssykdommene kan fortsatt forhindres for kvinner. Blant menn kan ikke lenger epidemien forhindres. Land som Japan, Kina og en del andre land i Asia, Latin-Amerika og det nordlige Afrika befinner seg for tiden i denne fasen.

### *Fase III*

Den tredje fasen varer omkring 30 år. Andel røykere blant menn synker. Mot slutten av perioden ned mot 40 %. Andel forhenværende røykere i befolkningen stiger, særlig blant eldre menn med høy utdanning. Innslaget av røykere blant kvinner har nådd et stabilt platå på 35–40 %. Dette platået ligger betydelig lavere enn toppunktet for andelen røykere blant menn, men varigheten på kvinners toppnivå er betydelig lengre. Sammensetningen av røykere blant kvinner kjennetegnes av en markant aldersgradient, idet få eldre røyker. I løpet av denne perioden stiger det gjennomsnittlige antallet sigaretter per røyker – færre røykere forbruker flere sigaretter. Det er en sterk vekst i de røykerelaterte sykdommene. Mot slutten av perioden medvirker røyking til ca. 30 % av dødsfallene blant menn – blant middelaldrende menn er tobakksrelatert dødelighet enda høyere. Fortsatt er det bare omlag 5 % av dødsfallene blant kvinner som skyldes røyking, men dette tallet er stigende. Nye årlige tilfeller av lungekreft har nådd 110–120 per 100 000 for menn og 25–30 per 100 000 for kvinner. I løpet av perioden er det blitt etablert politisk vilje til forebyggende tiltak. Staten engasjerer seg i tobakksspørsmålet. Opplysning på skolene systematiseres. Media spiller en nøkkelrolle for å skape et negativt «tobakksetos» i befolkningen. Dette åpner opp for en ytterligere utbygging av tobakksprevensjonen. Befolkningen aksepterer avgiftsøkninger og reklamerestriksjoner. Den sosiale og kulturelle glamour som omsluttet røykingen i tidligere faser er i ferd med å bli dekonstruert. Epidemien av tobakkssykdommer er kun reversibel for kvinner. For tiden er det land i Sør- og Øst-Europa som kan karakteriseres med disse kjennetegn.

### *Fase IV*

Innslaget av røykere blant menn er nå redusert til kvinnens nivå, og nedgangen fortsetter nå parallelt for begge kjønn. I noen år vil andelen røykende kvinner overstige menns andel, men forskjellen vil være liten. Andelen røykerelaterte dødsfall for menn når sitt toppnivå tidlig i denne fasen og er skyld i 30–35 % av alle dødsfall. Blant middelaldrende utgjør disse dødsfallene 40–45 %. Insidensraten (nye tilfeller) av lungekreft blant menn blir etter hvert fallende. Midtveis i denne fasen har ennå ikke den fulle helsemessige konsekvensen av kvinners røyking inntrådt. Omkring 20 år etter at menn hadde sitt toppunkt, stiger tobakksrelatert død blant kvinner til et toppnivå på 20–25 % av alle dødsfall. Det er sterke antitobakk-strømninger i befolkningen. I media er det tendenser til at røyking og røykerne avromantiseres, stupidifiseres og stigmatiseres. Frivillige organisasjoner kjemper for beskyttelse mot passiv røyking.

Røykerne gjenstår som en gruppe sterkt overrepresentert av folk med kort utdanning. Epidemien av tobakkssykdommer er ikke reversibel verken for kvinner eller menn. Land med den lengste historie av omfattende tobakksbruk tilhører denne kategorien. Eksempelvis har Storbritannia og USA nå erfart sigarettedemiens fire faser.

### 5.6.2 Tidsforholdet mellom røyking og sykdomsutvikling

Modellen illustrerer at sykdomsombfanget i befolkningen ikke inntreffer simultant med atferdskomponenten. En forutgående atferdsepidemi – røykingen – nedfeller seg først i en sykdomsepidemi etter flere tiår. Dagens tobakksdødsfall er altså sterkere relatert til det tidligere tobakksforbruket enn til det nåværende. I litteraturen omtales dette ofte som «*delay*»-fenomenet. For ikke mange tiår tilbake forvirret dette forholdet både forskere og helsemyndigheter. I ettertid har man kommet til den erkjennelse at det nettopp var denne epidemiologiske konfigurasjonen, med en reduksjon i andel røykere simultant med en økning i tobakksdødsfall (fase 3 for menn, fase 4 for kvinner), som var skyld i at medisinen/epidemiologien lenge underestimerte anslagene for de tobakksrelaterte dødsfall. Dette fikk til følge at det tobakksforebyggende arbeidet ble forsinket.

Modellen viser dessuten at for de land som har en epidemi som ikke er lenger framskreden enn i fase 1 og 2, er det viktig ikke å ignorere tobakk som et folkehelseproblem, selv om dødelighetsratene av tobakkssykdommer fortsatt er lave. Sagt på en annen måte; de tiltak som settes i verk mot røyking i dag, vil først bære frukter om flere tiår når dagens unge er i den alder hvor de fleste tobakkssykdommene inntreffer – dvs. etter fylte 45 år.

### 5.6.3 Kritikk av modellen

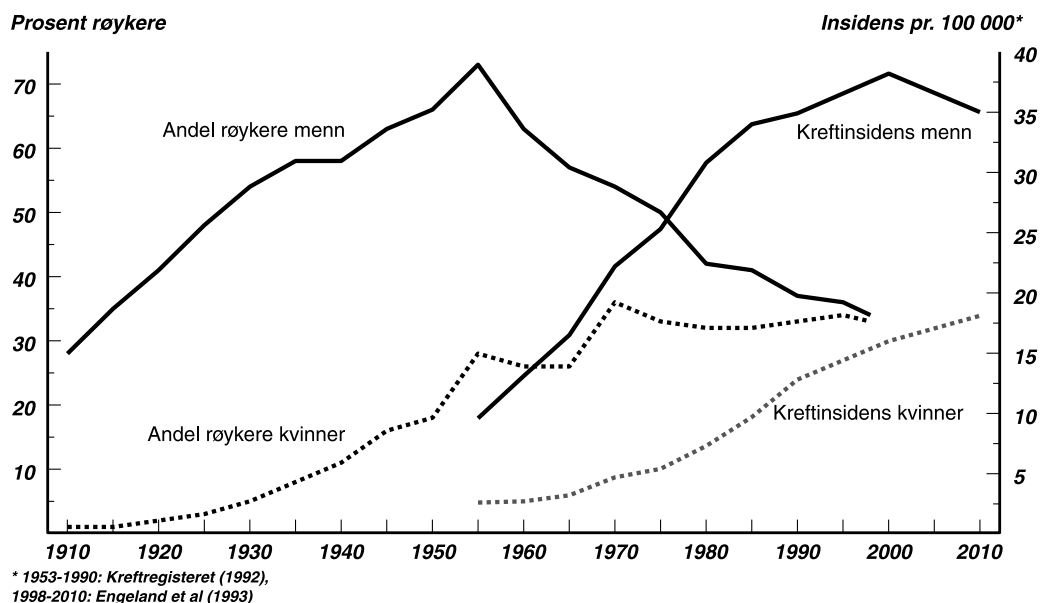
En hovedinnvending mot modellen er at den gjør historien til herre over mennesket og ikke omvendt – den uttrykker en historisk determinert prosess. Det er ikke uten videre gitt at historien vil gjenta seg. Fra et globalt helse-synspunkt ville en gjentakelse av hendelsesforløpet også i de land hvor omfanget av røykingen fortsatt ikke har nådd epidemiske proporsjoner, medføre en menneskelig katastrofe. De fleste og mange av de mest folkerike land i verden befinner seg i dag i epidemiens tidlige fase. Det disse land kan nyte godt av, er den *kunnskapen* om helseskader ved tobakksbruk som er etablert. I sigarettenes «pionerland», som USA og Storbritannia, vant ikke denne kunnskapen tidsnok utbredelse til at den ble annet enn en seinfase prevensjon i epidemiens forløp. Etter 1950 – altså i en periode hvor tobakksindustrien selv har kjent til helsefarene ved tobakk – har epidemiologer beregnet at ca. 50 millioner menn og 10 millioner kvinner i industrialiserte land har dødd som følge av røyking.<sup>10</sup>

Vitenskapsteoretikeren Karl Popper har rettet en type kritikk mot det han betrakter som «historisisme» i samfunnsvitenskapene, som også kan legges an mot denne modellen. Popper understreker det prinsipielt umulige i at samfunnsvitenskap kan utforme langsiktige historiske profetier som omfatter hele samfunn. Dette forutsetter at vi kan avdekke «lover» som ligger bak den historiske utvikling. Popper mener det er umulig å etablere slike historiske

10. Peto et al. 1994: A8

forutsigelser fordi menneskers historie nettopp påvirkes av veksten i vår *kunnskap*. Prediksjoner om hvordan mennesker vil oppføre seg, kan bli kjent av dem det gjelder, med det resultat at de handler annerledes enn forutsatt fordi de legger forutsigelsen til grunn for det de gjør.

Dette forutsetter imidlertid at kunnskap spres og når fram til beslutningstakere med makt til å endre historiens forløp. Tobakksindustrien anklages for å ha holdt tilbake kunnskap både overfor forbrukere og myndigheter, og isteden bidratt til å holde i gang en kunstig kontrovers med desinformasjon og opposisjon til foreslåtte tiltak for forbrukerbeskyttelse. I Norge intensiverte eksempelvis industrien sin reklameaktivitet dramatisk, da rapportene om sammenhengen mellom røyking og helse ble utgitt av helsedirektørene i USA og Norge i 1964. Fra dette tidspunkt endret også meningsinnholdet i reklamen seg fra ren produktinformasjon til forbruker om pris og tobakkstype til å formidle inntrykk om produktenes naturlighet, renhet og egnethet i et utall sosiale situasjoner (jf vedlegg 6 om meningsinnhold av norsk tobakksreklame). Ved å kommunisere et budskap som opponerte mot rådene fra medisinsk hold, anklages industrien for å ha forsinket igangsettelsen av forebyggende tiltak, med det til følge at mye sykdom kunne vært unngått og mange liv kunne blitt lengre.



Figur 5.7 Kjønnsseparat insidensrate av lungekreft 1953–2010\*, og andel røykere 1910–1998

#### 5.6.4 I hvilken fase er «tobakksepidemien» i Norge?

Til tross for sitt mekaniske historiesyn, er WHO-modellen godt egnet som beskrivelse av et historisk hendelsesforløp. Figur 5.7 kan bidra til å belyse hvilke faser av tobakksepidemien som er tilbakelagt og hvilke stadier som gjenstår for Norges vedkommende. Figuren viser den faktiske aldersjusterte insidensraten av lungekreft for kvinner og menn i perioden 1953–1990,<sup>11</sup> og en framskrivning av den samme raten til år 2010.<sup>12</sup> I tillegg viser figuren

beregnet andel røykere for de to kjønn i perioden 1910–1994.<sup>13</sup> Mønsteret for de fire linjene i figur 5.7 korresponderer overens med konturene i den ovennevnte modellen. Økningen i andel røykere blant menn i den første halvparten av det 20. århundre, følges av en tilsvarende vekst i lungekreftinsidensen i de siste 50 årene. I følge figuren vil reduksjonen i prevalens røykere blant menn fra midten av århundret forplante seg i en predikert nedgang i lungekrefthypighet omtrent fra tusenårsskiftet. For kvinner er bildet et annet. Det var først i 1980-årene at insidensraten av lungekreft begynte å stige kraftig. Et par tiår forut finner vi en korresponderende økning i andel røykere. Mens 70 kvinner fikk lungekreft i 1960, fikk 659 denne diagnosen i 1996. Tallene forventes å øke fram mot 2010. Fordi kvinner begynte å røyke på et seinere historisk tidspunkt, vil disse *bølgebevegelsene* opptre med en viss «forsinkelse» i forhold til hos menn. Når kvinner heller ikke kom opp på menns høye nivå av andel røykere, vil dette følgelig resultere i lavere *bølgetopper*.

Figurene vist i kapittel 5 indikerer at spredningsforløpet for sigarettøyking i Norge bærer de kjennetegn som viser at fase I og II er stadier som er tilbaketrukket. Nå – i overgangen fra det 20. til det 21. århundre – har «tobakksepidemien» også gjennomlevd det meste av fase III. Innslaget av røykere blant menn er nå redusert til kvinnens nivå. Dessuten er den sterke aldersgradienten i andel røykere som eksisterte i kvinnebefolkningen i perioden 1950–1975 i ferd med å opphøre. At røykerne som gruppe er i ferd med å bli sterkt sosialt deklassert, er også et kjennetegn for fase IV. I følge modellen fra Verdens helseorganisasjon og den empiri som er vist i dette kapitlet, kan vi derfor konkludere med at «tobakksepidemien» i Norge etter alt å dømme har forlatt et begynnelsestadium, den har også på det nærmeste gjennomgått «transportetappene» i fasene II og III, og er nå på vei inn i den – foreløpig – siste fasen.

## 5.7 Fortolkning av endringer i befolkningens tobakksatferd 1950–75

### 5.7.1 Innledning

I punkt 5.7 skal vi forsøke å fortolke de observerte historiske endringene i befolkningens tobakksatferd. Ved å beskrive det tidstypiske sosiale, kulturelle, juridiske og økonomiske «*tobakksklima*» i ulike perioder, skal vi forsøke å svare på:

*Hvorfor røykte stadig færre menn etter 1955? (punkt 5.7.2)*

*Hvorfor økte andelen kvinnelige røykere mot slutten av 1960-årene? (punkt 5.7.3)*

*Hvorfor begynte færre unge kvinner å røyke i 1970-årene? (punkt 5.7.4)*

Det henvises til Lund (1996a) for en mer dyptgående fortolkning av endringsmønstre utenfor ovennevnte perioder.

11. Kreftregisteret, 1992

12. Engeland A, et al. 1993

13. Rønneberg A, Hafstad A, Lund KE, 1994

### 5.7.2 Hvorfor røykte stadig færre menn etter 1955?

Mens forbruket av tobakk fortsatte å stige ennå noen tiår, nådde *andel* røykere i befolkningen et toppunkt i midten av 1950-årene (fig. 5.5 og 5.6). Uavhengig av alder falt innslaget av røykere for begge kjønn, svakest for kvinner, i nesten alle fødselskull over 25 år fra 1955. Kvinner skulle imidlertid komme til å få en ny lokal oppgang omlag ti år seinere. For menn falt inngangsnivået – andel røykere i aldersgruppen 15–19 år – fra 57 % i 1955 til 35 % i 1965. For kvinner sluttet inngangsnivået å vokse og stabiliserte seg rundt 30 % i samme tiår. I dette punktet skal vi drøfte mulige årsaker til reduksjonen i andel røykere 1955–65.

#### 5.7.2.1 Begynnende økning i lungekreft

Det er nærliggende å tolke stagnasjonen og den påfølgende reduksjonen i røykingen i lys av den økte interesse for sigarettenes helsemessige konsekvenser. I begynnelsen av 1950-årene var fortsatt den forskningsbaserte helsekunnskap om tobakk ganske svak. Likevel økte mistanken om røykingens helseeffekt. I denne situasjon skal en ikke se bort fra at den sykdomsfrykt som springer ut av vage mistanker, kan være mer effektivt forebyggende enn den frykt man får når man på grunnlag av en følelse av sikker viten kan kalkulere sin egen sykdomsrisiko.<sup>14</sup> Selv om befolkningen på dette tidspunkt rangerte røyking høyt blant «*ting som er skadelig for helsen*», var det likevel bare fire av ti som visste at man kunne få kreft av å røyke (jf punkt 5.5.2). Dette indikerer kanskje at sykdomsfrykten var basert på upresis kunnskap.

Som vist i fig. 5.1 ble bruk av sigaretter – enten disse var fabrikkproduserte eller rullet selv – den dominerende form for tobakksforbruk først etter 1925. Selv om piperøyking og tyggetobakk ikke representerer noe trygt alternativ til sigaretter, har det vist seg at disse typer forbruk sjeldnere fører til lungekreft enn sigarettøyking.<sup>15</sup> Når så latenstiden for utvikling av lungekreft i tillegg er rundt 30 år, begynte først insidensen av sykdommen å øke fra midten av 1950-årene (fig. 5.7). Gjennom dette tiåret fant det imidlertid sted en klar økning, særlig blant middelaldrende menn, i dødeligheten av sykdommer der sigarettøyking var mistenkt for å være et ledd i årsakskjeden. Utviklingen var så markert at den *samlede* dødeligheten for middelaldrende og eldre menn viste en stigende tendens fra midten av 1950-årene, til tross for at framskritt på det økonomiske, sosialpolitiske og medisinske område hadde ført til nedgang i dødelighet av en rekke andre sykdommer.<sup>16</sup>

I USA økte antallet årlige rapporterte dødsfall av lungekreft fra under 400 ved århundreskiftet til rundt 4 000 tilfeller i 1935, ca. 11 000 i 1945 til om lag 36 000 i 1960.<sup>17</sup> Det ble lansert flere teorier om hva denne talløkningen kunne skyldes; bedre rapporteringsmetoder, mer sofistikerte metoder for diagnostisering som f.eks. økt bruk av røntgenundersøkelser, bedret evne til å gjøre patologiske analyser ol. Andre hevdet at økningen i forventet levealder tillot utbruddet av en sykdom som i tidligere tider ikke hadde fått sjansen til å

14. Viscusi WK, 1992

15. Tverdal A, et al. 1993

16. F.eks. tuberkulose, reumatisk hjertefeil, giktfeber, infeksjons-sykdommer

17. Patterson JT, 1987

utvikle seg fordi dens potensielle ofre allerede hadde dødd av andre sykdommer. Atter andre pekte imidlertid på en av de mest dramatiske atferdsendringer i amerikansk forbrukskultur; *økningen i sigarettøykingen*.

### 5.7.2.2 Kritikk av undersøkelsene

Følgene av tobakkseksposisjon hadde imidlertid flere trekk ved seg som forvirret forskerne; det tok veldig lang tid – 30–40 år – før lungekreft utviklet seg og ble diagnostisert (lang latenstid), alle eksponerte fikk ikke sykdommen – faktisk bare et mindretall og en rekke mulige «*confounders*» (forstyrrende forklaringsvariable) gjorde forskerne forsiktig med å trekke slutninger om kausalitet. De biomedisinske modeller om ideell kausalitet passet dårlig for anvendelse på tobakksrøyking og lungekreft.

Ved utgivelsen av rapporten fra den amerikanske helsedirektør i 1964 kom det en del kritiske innvendinger fra forskerhold. Enkelte mente at forholdet mellom røyking og lungekreft kun var statistisk (*merely statistical*), og anklaget forskerne for ikke å skjelle mellom *korrelasjon* og *kausalitet*. En kunne fortsatt ikke se bort fra at den samme genetiske predisposisjon både førte til bruk av sigaretter og større følsomhet overfor visse sykdommer som f.eks. lungekreft. Dette er et synspunkt som inntil nylig er blitt forfektet av talsmenn og forskere som arbeider for tobakksindustrien. I sjokkartet vantro lanserte andre personer fantasifulle konspirasjonsteorier om at rapportenes skjulte hensikt var å trekke oppmerksomheten bort fra strålingsfaren fra de kjernefysiske prøvesprengningene som hadde foregått i 1950-årene, og skyve den over på røykingen.<sup>18</sup>

Det som imidlertid først og fremst forvirret mange forskere, er siden blitt kalt «*delay-fenomenet*», og har å gjøre med de spesielle atferds- og sykdomsforløp i selve epidemiens dynamikk.<sup>19</sup> For at vi skal forstå årsakene til datidens forvirring, er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i modellen fra Verdens helseorganisasjon. Da rapportene om røyking og helse kom i begynnelsen av 1960-årene, var masseutbredelsen av røyking omlag 50–60 år gammel i USA og Storbritannia. Forskernes interesse for tobakkssykdommene inntraff med andre ord da epidemien var i overgangen fra fase II til fase III i WHO-modellen. I dette tidsvinduet har menn sin toppnotering med 60–70 % røykere, mens andel røykere blant kvinner er omlag 25 % og stigende. Da forskerne på dette tidspunkt studerte de forutgående endringene i befolkningens tobakksatferd, så de at det hadde foregått en meget hurtig økning i prevalens røykere de siste tiår – særlig blant menn. Denne økningen hadde passert *uten at insidensen av sykdommer relatert til røyking var steget tilsvarende*. Selv om 1 av 4 kvinner røykte på dette stadium, var det likevel så og si ingen som døde av typiske tobakkssykdommer. Hvis forskerne i tillegg foretok synkrone komparative analyser av dødeligheten av lungekreft mellom ulike land, ville de også finne at f.eks. USA ikke hadde særlig høyere insidensrate enn land hvor innslaget av røykere var langt lavere – for eksempel Norge.

De første forskerne, som hevdet at tobakksskadene ville komme til å anta epidemiske proporsjoner dersom tiltak ikke ble satt i verk umiddelbart, måtte

18. Whitby WT, 1981: 48

19. Lund KE, 1996b: 2; 107-114

tåle mye kritikk. I ettertid er det lett å se at mye av denne kritikken skyldtes en manglende forståelse av epidemiens dynamikk.

### 5.7.2.3 Reaksjoner i det norske legemiljøet

Hvordan reagerte så den norske legestanden på de nye vitenskapelig belagte opplysningene om helseskadene av røyking? Ved å studere omtaler om tobakk i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i perioden 1950–1965, går det fram at legestanden i lang tid forholdt seg kritisk vurderende og forbeholden. Dette skyldtes delvis at omfanget av tobakksskadene kunne være vanskelig å forstå i det tidsvinduet som epidemien viste seg i rundt midten av århundret (delay-fenomenet). Den avmålte og reserverte holdningen som først ble inntatt, må også bli forstått i lys av at legestanden i 1950-årene hadde en meget høy andel røykere, og at mange «fordomsfrie og sekulariserte» leger ønsket å distansere seg fra den «religiøs-moralistiske avholdsbevegelse» som hadde ledet an i angrepene på tobakken på et lite vitenskapelig og mangelfullt medisinsk grunnlag.

Fram til midten av århundre kom det meget få artikler og notiser i lægeforeningens tidsskrift om tobakksbruk og mulige helsekonsekvenser.<sup>20</sup>,<sup>21</sup> I tiåret fra 1950 til 1965, hvor internasjonal medisinsk forskning etter hvert kunne bekrefte flere av mistankene om skadeeffekter, forskyves imidlertid tidsskriftes innstilling til tobakk fra uvitenhet og likegyldighet til et begynnende engasjement.

I et nummer av *Tidsskrift for den norske lægeforening* fra 1950, refereres det for første gang til internasjonale studier som hadde påvist økning i lungekreft. Redaksjonen inntar det standpunkt at denne veksten «*i ethvert fall delvis er reell*». <sup>22</sup> Tobakksrøyking nevnes sammen med forurensning av sot i byene, som en mulig årsaksfaktor, men savnet av overbevisende dokumentasjon uttrykkes. I 1951 var redaksjonen av den oppfatning at «*hverken kliniske eller statistiske undersøkelser synes å ha gitt noe entydig eller endelig svar på spørsmålet om tobakkens betydning for hjerte- og kretsløpslidelse*». <sup>23</sup>

I 1954 ble spørsmålet stillet på lederplass: «*Er det bevist at sigarettøyking fremkaller lungekreft?*» <sup>24</sup> Lederen omtalte undersøkelsene til Wynder & Graham og Doll & Hill, og slo for det første fast at de fleste medisinerere nå synes å

20. I 1909 trykket *Tidsskrift for Den norske lægeforening* et syv siders «oversigts-referat» om «Tobaksrøking og dens skadelige virkninger» basert på tidens kunnskap. I tillegg til at oversikten faktisk inneholdt påstander som siden skulle bli verifisert, ble det også redegjort for virkninger som i dag virker fremmed; hyppig tilbøielighet til flatulens, tobaksdøvhed, nedsat centralt syn og søvnløshet. I en notis fra samme tidsskrift i 1921, ble det også påstått at «større tobaksrøking skader intenst aandsarbeide».

21. I en meddelelse fra Den norske nationalforening mot tuberkulosen i 1920, heter det om tobakk: «Den regnes som en av de hyppigste aarsaker til aareforkalkning». Setningen avfødte et meget indignert forlangende fra en lege som i lægeforeningens tidsskrift skriver: «Jeg tillater mig herved at be Dem om i dette tidsskrift nærmere at dokumentere, av hvem ovennævnte paastand hævdes, og særlig hvilke fakta der kan anføres som bevis for dens rigtighed. Som læge og mangeaarig tobaksselsker ligger saken mig ikke saa lite paa hjerte. Og jeg tror, at for mange – ikke mindst for mange læger – er den tilvante daglige dosis tobak en av de ting, som krydrer den mangelgang insipide tilværelse».

22. *Tidskr nor lægeforen* 1950: 70; 537

23. *Tidskr nor lægeforen* 1951: 71; 60

24. *Tidskr nor lægeforen* 1954: 17; 566-7

være enige om at økningen i lungekreft de siste decennier hadde vært reell. For det andre listes mulige årsaksfaktorer opp; ettervirkninger fra en omfattende influensa-epidemi som hadde herjet i 1918–19 (Spanske syken), atmosfæriske forurensninger fra fabrikkpiper etc., tjæreholdig støv fra asfalterte veier og – endelig – sigarettøyking. Lederen la deretter fram en del forhold ved sigarettøykingen som kompliserte dens sammenheng med lungekreft. Det pekes på at USA hadde en mortalitet av lungekreft som var 50 % mindre enn den i Storbritannia til tross for et høyere sigarettkonsum. Videre stilles det spørsmål ved sigaretter som årsaksfaktor når det ennå ikke er påvist noe kreftframkallende stoff i røyken. Kunne ikke like gjerne lungekreft ha sammenheng med bruken av fyrstikker? Økningen av lungekreft hadde dessuten tiltatt i langt større proporsjoner enn økningen i tobakksforbruket, og hva med den kjensgjerning at det tross alt var en liten fraksjon av røykere som fikk lungekreft?

Lederen heller likevel mot den oppfatning at sigarettøykingen kan være en årsaksfaktor i utviklingen av lungekreft, men mener at det også må eksistere andre kreftframkallende stoffer ved siden av. Rådet som gis til legene, er at man skal avstå fra å gi uttalelser til publikum og presse som kan tolkes dithen at det nå foreligger autoriserte konklusjoner om lungekreftens årsaksforhold. Før noe sikkert kan hevdes, må det mer forskning til.

I 1955 vies oppmersomhet til den store befolkningsundersøkelsen fra Hammond & Horn, og det påvises stor overensstemmelse med de resultatene Doll & Hill hadde fått ved å undersøke en homogen befolkningsgruppe – engelske leger – noen år tidligere. I tillegg viste denne undersøkelsen at forekomsten av hjertekar-sykdommer også varierte med røykevaner. Tidsskriftet skrev nå at det var vanskelig å tro annet enn at den statistiske sammenhengen mellom sigarettøyking og lungekreft/hjertekar-sykdommer måtte være *reell*. Det påpekes imidlertid at man ikke hadde kunnskap om sammenhengen også var *kausal*. « Mange vil utvilsomt foretrekke å tro at røykevaner og dødelighet av coronarsykdommer viser en relasjon bare i det at de begge er produktet av en tredje og felles årsak », heter det.<sup>25</sup>

Patologen Leiv Kreyberg hadde siden begynnelsen av 1950-årene i en serie artikler og bøker gjort rede for lungesvulsters forekomst i Norge, bygget på en omhyggelig histologisk<sup>26</sup> typebestemmelse.<sup>27</sup> Kreyberg delte de primære epiteliale lungesvulster inn i to grupper; hvorav den ene gruppen (plateepitelcarcinom, storcellete- og småcellete carcinom) hyppigst oppsto hos menn, i urbane strøk og ved relativt høy alder. Disse svulstene, Gruppe I-svulster, ble bl.a. satt i forbindelse med spesifikke kreftframkallende stoffer som nikkel, asbest, radioaktivitet og tjære. I 1956 rapporterte Kreyberg i Tidsskrift for Den norske lægeforening fra en undersøkelse av ondartede lunge-svulster fra 300 pasienter og deres forhold til tobakksbruk. Han fant at Gruppe I-svulstene opptrådte i 4 av 5 tilfeller med relasjon til mengden tobakk røykt. Kreyberg fant også at frekvensforskjellen i Gruppe I-svulstene mellom by og land kunne forklares med ulikheter i røykevaner. Endelig mente han at økningen i kvinners røykevaner som hadde funnet sted i perioden før 1955,

25. Tidsskr nor lægeforen 1955:75; 136-7

26. Histologi er læren om kroppens vev, mikroskopisk anatomi.

27. Kreyberg L, 1956 og Kreyberg L, 1969



først kunne ventes å slå ut på lungekreftstatistikken decennier seinere. Kreyberg bidro dermed sterkt til hjemlig forståelse av dynamikken og tidsforholdet mellom røyking og insidens av lungekreft.

En redaksjonell notis i tidsskriftet fra 1957 tyder på at redaksjonen nå mente at røyking var hovedårsak til lungekreft. De erklærer også at tiden nå er inne for legene til å ta ansvar for å opplyse befolkningen.<sup>28</sup>

I 1964 avga så helseminister Karl Evang en redegjørelse – *Sigarettrøyking og helse* – som må regnes som den første offisielle, autoritative stadfestelse av problemet fra de norske helsemyndighetene. Helseministerens redegjørelse oppsummerte de viktigste foreliggende kunnskaper, og ble trykket både i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* og i bladet *Norsk Skole*. Dagspressen ga bred omtale i flere dager, og innlegget ble etterhvert også utgitt som særtrykk. Artikkelen fra helsedirektøren markerte også et skille i omtalen av tobakk i legeforeningens tidsskrift. I de påfølgende utgivelser konstateres problemets størrelse, og diskusjonene ble isteden viet strategier for det forestående forebyggende arbeidet. Fraværet av seinere motinnlegg må tolkes som at leger flest nå samtykket i at tobakksrøyking var i ferd med å bli et meget alvorlig samfunnsproblem som måtte bekjempes.

Selv om Den norske lægeforening etterhvert inntok et markant standpunkt mot tobakk, så maktet den aldri å profilere seg på spørsmålet om røyking og helse slik dette ble gjort av den engelske og den amerikanske legeforeningen. Disse legeforeningene utviklet en identitet på grunnlag av resultatene fra undersøkelsene om røykingens helseeffekt. Rapportene, *Smoking and Health*, som ble utgitt av *Royal College of Physicians* i England (1962) og *Surgeon General* i USA (1964), solgte i flere hundre tusen eksemplarer. Tidligere rapporter fra disse organene hadde kun hatt marginal utbredelse. Legeforeningene legitimerte med disse rapportene sin berettigelse som *informasjonsagent* – ikke bare en *yrkessammenslutning*. Den britiske legeforeningen opprettet faktisk en egen institusjon, *Action on Smoking and Health* (ASH) i 1971, som utelukkende har drevet med opplysning og forskningsformidling om tobakk.

#### 5.7.2.4 Røyking som sosial norm

Da rapportene om skadeeffektene av røyking kom, hadde sigarettene allerede rukket å få en dyp forankring i det sosiale liv. Det er illustrerende at flertallet i forskergruppen på 10 personer som var hovedansvarlige for rapporten fra den amerikanske helsedirektør i 1964 røykte selv. Røyking var normen. Gjennomsnittlig andel røykere blant menn var ca 60 %, og i enkelte fødselskohorter – for eksempel menn født 1915–1929 – røykte mer enn 75 % rundt midten av 1950-årene. En bekreftelse på at sigaretten var et selvfølgelig innslag i det sosiale samvær og at røykingen foregikk på røykernes premisser, går fram av boken om «*Skikk og Bruk*» fra 1960. Under overskriften «*Tobakk ved bordet*» heter det:

«Et vertskap som ikke tillater røyking ved bordet, kan risikere å legge en demper på hele selskapet. De store matskjønneres ønskemål – at tobakksrøyken ikke må få lamme lukt- og smaksnervene og hindre mat-

28. Tidsskr nor.lægeforen 1957; 77: 809

en i å komme til sin rett – kan ikke virkeliggjøres i vår tid. .... Er man så nikotinhungrig at man «må» ha en røyk allerede etter suppen, får man spørre verten eller vertinnen om lov. En høflig vert eller vertinne vil jo alltid svare ja, så det at man *ber* om lov, er i dette tilfellet en ren formalitet – det man i virkeligheten gjør, er å *ta* seg rett til det.»<sup>29</sup>

På arenaer og under omstendigheter hvor røyking i dag ville være et normativt avvik, hadde tobakk i 1950- og 60-årene en naturlig tilstedeværelse. Dette går bl.a. fram av tobakksreklame hvor barn er plassert inn i situasjoner hvor det røykes for å understreke det positive og trivelige – sett fra den voksne røykerens synspunkt. Knappt noe norsk reklamebyrå ville vel i 1990-årene ha funnet på å lage en lignende tegnet annonseserie som den som ble rulletobakken Gul Mix til del i 1958. Under overskriften « *Gul Mix – til reiselivets gleder* », sitter fire røykende voksne i en tett togkupé hvorav den ene har et lite barn på fanget. I « *Gul Mix – til søndags-frokostens gleder* », sitter far ved bordet og røyker pipe mens mor og barna spiser frokost. I « *Gul Mix – til middagshvilens gleder* », ligger far på sofaen i en sky av piperøyk med ei lita jente og hennes bamse på magen.

Inntil rapportene om skadevirkningene kom, hadde altså røyking vært en sosialt akseptert atferd som kunne utøves stort sett overalt. Eksempelvis røykte både programledere og intervjuobjekter på fjernsyn, og i aviser var kjendisene ofte avbildet i røykesituasjoner. Landets monark røykte uforstyrret sine mange Teddy uten filter i all offentlighet.

#### 5.7.2.5 De første opplysningstiltak

Månedssbladet *Reader's Digest* begynte allerede fra 1941 å trykke sine mange populær-vitenskapelige artikler om røyking og helse. Artikkelen «*Cancer by the cartoon*» som stod på trykk i 1952 har i ettertid blitt omtalt som det viktigste bidrag til den store interessen som etter hvert ble viet temaet kreft og røyking.<sup>30</sup> I norsk oversettelse, *Det Beste*, kom tidsskriftet fra 1947. Det Beste inntok fra første stund et kritisk standpunkt til tobakk, og har i alle år sett det som en prioritert oppgave å drive forskningsformidling om tobakk.

Basert på akkumulert dokumentasjon, sendte stadig flere helseorganisasjoner og -etater i løpet av tiåret 1950–59 ut bulletiner, kunngjøringer og varsler om sigarett røykingens helseskader, f.eks. *American Cancer Society*, *British Medical Research Council*, *Joint Tuberculosis Council of Great Britain*, *the Canadian National Department of Health and Welfare*, *American Heart Association*, *American Public Health Association*, *National Tuberculosis Association* (USA) og de respektive kreftforeninger i Danmark, Finland, Norge, Sverige og Nederland.<sup>31</sup>

Interessen rundt helsedirektør Evangs artikkel i 1964, gjorde at diskusjonen om røykingens helseskader spredte seg fra de medisinske tidsskrifter til avisspaltene. Fram til 1967 ble arbeidet mot tobakksskadene satt på dagsordenen i mange organisasjoner. I første rekke Landsforeningen mot Kreft og

29. Brøgger W, 1960: 320

30. Ecenbarger W, 1991

31. USDHEW 1964, USSHHS 1989

Landslaget mot Tobakkskadene, men også i Nasjonalforeningen for Folkehelsen og Den norske lægeforening.<sup>32</sup>

Landsforening mot Kreft sendte ut plakater, brosjyrer, foldere, timeplaner, arbeidshefter, foredragsdisposisjoner, lysbilder og filmer. De arrangerte også plakatkurranser etterfulgt av vandreutstillinger. Landslaget Mot Tobakkskadene begynte å sende sitt tidsskrift, «*Tobakken og Vi*», til landets skoler og skolestyrer. Forfattere av lærebøker ble fra samme organisasjon tilsendt ajourført stoff om tobakken til bruk i lærebøkene. Dessuten distribuerte forlaget Liv & Helse diverse plakater og brosjyrer.<sup>33</sup>

I mai 1964 gikk det også ut et rundskriv til alle norske skoler hvor Kirke- og undervisningsdepartementet understreket skolens plikt til å sørge for at elevene ble orientert om skadevirkninger av tobakk. Samme departement sendte i januar 1965 ut en rettleiing for lærere til bruk i undervisningen om tobakk.

Informasjonen førte til at andelen av befolkningen som hadde hørt at røyking kunne være kreftframkallende, økte fra 39 % i 1958 til 74 % i 1964.<sup>34</sup> Innslaget som trodde at røyking kunne føre til kreft økte også jevnt fra ca. 45 % i 1956 til ca. 60 % i 1966, for siden å øke ytterligere til ca. 85 % i 1989. Slik man kunne forvente ut fra spredningsteori<sup>35</sup>, var det blant personer med lengst utdanning at denne oppfatningen var mest utbredt. I 1966 var det eksempelvis 71 % menn og 75 % kvinner med utdanning av mer enn 11 års varighet som mente at man kunne få kreft av å røyke. Blant de med 7 år eller kortere utdanning var prosentandelene henholdsvis 49 % og 63 %.<sup>36</sup>

#### **5.7.2.6 Tobakksindustriens mottrekk: Intensivert kvinnerettet markedsføring**

Opplysningsarbeidet ble delvis uthulet av industriens intensiverte og stadig mer sofistikerte reklameaktivitet. Det moderne velstands- og konsumsamfunn ble i Norge først allment etablert i 1960-årene. Etterkrigskullene opplevde en kontinuerlig forbedring og optimisme som kanskje ga grunn til å betrakte ubrutt vekst som det normale. 1960-årenes arbeidsmarked ga store grupper av unge mulighet for penger i en alder da f.eks. størstedelen av 1920-tallskullene hadde levd på meget beskjedne midler. Denne nye velstand ga utspring til moderne ungdomskulturer bl.a. knyttet til rollen som konsument. Ungdom ble gjort til målgruppe for reklame.

Tre motiver synes å være framtreddende for den intensiverte kvinnerettede markedsføringen i denne perioden. For det første, kvinners nyervervede status som pengesterke konsumenter gjorde dem til potensielle kunder. For det andre, det latente kvinnelige markedssegment kunne utligne «tapet» av den reduserte etterspørsel hos menn. For det tredje, kvinners høyere forventede levealder kunne for tobakksindustrien bety et mer varig kundeforhold.<sup>37</sup>

32. En detaljert oversikt over gjennomførte tobakkspreventive tiltak i Norge i perioden 1960-1967 er gitt i UFFIR, 1967; 197-201

33. Nielsen E, 1964: 70, 77-86 og Evang K, 1964

34. UFFIR 1967; 95

35. Rogers E, 1983

36. Gallups merkevarebarometer. Røykevaner og kreft. Oktober 1966.

37. Ernster V 1985, Ernster V, 1991

I sin markedsføring overfor kvinner spilte den internasjonale tobakksindustri på den nylig ervervede emansipasjon. I 1968 introduserte f.eks. Phillip Morris kvinnesigaretten Virginia Slim under mottoet « *You've come a long way, baby!* » Sigarettene ble nå lansert til den likestilte, seksuelt frigjorte og aktive kvinne. Reklamen viste uavhengige kvinner med egne liv og interesser. Borte var imaget om den enkle, passive blondinen. Kvinnene var nå seriøse beslutningstakere som f.eks. bevisst bestemte seg for et sigarettmerke med filter, med mentol eller med lavere tjæreinnhold. «*Mentolett er vår rulletobakk....*», «*Jeg foretrekker en mild røykevane....*» osv. Et tidstypisk eksempel er en reklame for rulletobakken Mentolett – «*Mentolett-pausen*» – der en uniformert kvinnelig yrkessjåfør er i ferd med å rulle seg en sigarett mens hun slapper av i bilens forsete. I enkelte annonser er det foretatt et kjønnsrollebytte; en røykfri mann tenner *hennes* sigarett. En annonse for rulsesigaretten Gullsnitt fra slutten av 1960-årene viser en uavhengig, frigjort og røykende kvinne som legger en beskyttende arm rundt sin ikke-røykende mann samtidig som hun tilbyr ham et trekk fra *sin* sigarett. En lignende reklame fantes også for sigaretten Benson & Hedges. Flere eksempler på kvinnerett markedsføring finnes i vedlegg 6 om reklame.

Tobakksindustrien kommuniserte sitt budskap til kvinner først og fremst gjennom ukebladene. I 1960-årene var det om lag 1,5 ukeblad per husstand og kvinner var de mest regelmessige lesere.<sup>38</sup> Salget av tobakksreklame i ukeblad fra norske reklamebyråer økte med 600 % fra 1960 til 1970, fra 1,1 millioner til 6,1 millioner kroner. For alle media økte norske reklamebyråers omsetning av tobakksreklame i dette tiåret fra 10 millioner til 22,4 millioner kroner (+124 %).<sup>39</sup>

#### 5.7.2.7 Oppstarten på den statlige forbrukerbeskyttelse

I 1899 vedtok Stortinget en fullmaktslov som ga hver kommune myndighet til å håndheve en 15 årsgrense for kjøp og konsum av tobakk på offentlig sted, og i 1935 fastsatte Lov om høyere allmennskoler at det ikke var lov for elevene å røyke i skolens umiddelbare nærhet. Beskyttelsesmotivet var derfor ikke nytt da det dukket opp igjen på Stortinget i kjølvannet av de omtalte rapportene om helsefarene ved bruk av tobakk.

I 1964 vedtok Stortinget enstemmig å oversende til regjeringen et forslag om å oppnevne et allsidig offentlig utvalg som skulle få som «*hovudoppgåve å planleggja kampen mot den skadelege sigaretttrøykinga*». <sup>40</sup> I 1967 la den tverrfaglige Bjartveit-komiteen fram sin rapport hvor det ble foreslått å anvende *opplysning, restriktive tiltak og terapeutiske tiltak* i et koordinert program. Det forebyggende arbeidet skulle i lang tid komme til å bygge på denne rapporten. Stortingets sosialkomité avga en enstemmig innstilling i mars 1970 hvor den i hovedsak sluttet seg til forslagene. <sup>41</sup> Innstillingen ble debattert i Stortinget i 1970. Et nytt utvalg – den såkalte Bratholm-komiteen – fikk mandat om å utarbeide et utkast til en lov med forskrifter om begrensnig av tobakksreklame

38. Torsvik P, 1978

39. Beregninger foretatt på grunnlag av opplysninger fra A/S Norsk Reklamestatistikk. Alle tall er i 1979-kroner.

40. St.tid. 1963-64: 1830

41. Innst. S. nr. 143, 1969-70

og merking av sigarettpakker vedrørende helsefaren ved å røyke. Bratholm-komiteens innstilling forelå i april 1971.

I juni 1972 ble det fremmet en proposisjon med utkast til lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer. Loven ble vedtatt i Stortinget og sanksjonert av Kongen 9. mars 1973. Loven trådte i kraft i 1. juli 1975. Oppslutningen var stor både på Stortinget (fire av fem partier hadde programfestet et forbud mot tobakksreklame) og i befolkningen (78 % for) om den såkalte «Tobakksloven». Den satte bl.a. et totalt forbud mot tobakksreklame, et påbud om å trykke en helseadvarsel på sigaretteskene, <sup>42</sup> og høynet aldersgrensen for kjøp av tobakk fra 15 år til 16 år.

I 1984 ble et system av 12 roterende helseadvarsler innført sammen med innholdsdeklarasjoner for tjære-, nikotin- og kullosnivå.

Norsk offentlig tobakkspolitikk var med ett blitt forbilledlig, og loven skulle siden komme til å danne mønster for andre lands lovgivning på området (bl.a. EU-parlamentet, Sør-Afrika, Canada, Frankrike, New Zealand, Finland, Sri Lanka, Vest-Australia, Portugal, Singapore, Senegal, Somalia, Sudan, Litauen m.fl.). Internasjonalt ble Bjartveit-komiteens rapport og Bratholm-komiteens lovforslag regnet som pionerarbeid og ble et standard referanseverk for helsepolitikere og lovgivere i mange land. Det var første gang et land hadde utarbeidet et grunnlag for en *samlet plan* mot tobakksskadene. Bjartveit-rapporten ble oversatt til engelsk og utgitt av *International Union Against Cancer*.

I tråd med Bjartveit-komiteens innstilling, opprettet også myndighetene i juni 1971 et Statens tobakksskaderåd som skulle holde seg orientert om forskningsresultater, påvirke røykevaner i gunstig retning, fungere som informasjonskilde og ta initiativ til vitenskapelige undersøkelser.

Selv om det også tidligere hadde utgått informasjon om tobakk fra statlige organer, var det først i 1970-årene at den statlige opplysningsvirksomheten fikk et visst omfang. I tillegg til Statens informasjonstjeneste, Helseledirektoratet (seinere Statens helsetilsyn) og NRK, samarbeidet Statens tobakksskaderåd også med Statens filmsentral som leide ut filmer om røyking og helse. Det var også flere andre statlige institusjoner som i 1970-årene befattet seg med tobakksinformasjon. Kirke- og undervisningsdepartementet sendte i 1976 ut et rundskriv til skolene om røyking på læreværelser. Kommunaldepartementet overrakte en orientering til landets kommunestyrer om røyking på offentlige møter og i utvalg. Samferdselsdepartementet sendte ut retningslinjer for røyking på transportmidler, mens Sosialdepartementet orienterte helseinstitusjoner om regler for røyking på sykehus, pleiehjem, legers ventrom etc.

### 5.7.3 Hvorfor økte andelen kvinnelige røykere i slutten av 1960-årene?

Økningen i andel kvinner som røykte i slutten av 1960-årene, må fortolkes i lys av den intensiverte kvinnerettede markedsføringen av sigaretter i ukeblader (jf punkt 5.7.2.6). Røykeatferden i denne perioden må også betraktes i lys av

42. Helseadvarselen lød som følger: Advarsel fra Helsedirektoratet: Daglig sigarettøyking er helsefarlig. Det kan føre til alvorlige sykdommer, blant annet lungekreft og hjerteinfarkt. Risikoen øker med forbruket og er større når røykingen begynner i ung alder. Slutter man å røyke vil risikoen for sykdommer avta.

kvinnens økte arbeidsdeltakelse og deres vandring mot byene. Et arbeid betydde kontakt med samfunnsarenaer som kunne virke røykeforsterkende. Mange kvinner forble imidlertid dobbeltarbeidende og opplevde stressende og konfliktfylte situasjoner. Nettopp slike omstendigheter har vist seg å utløse røykestart og påskynder tilbakefall for kvinner som har sluttet. Dertil ga lønnsinntekten kvinner større muligheter for å kjøpe tobakksvarer. Tobakksindustrien forsøkte å utnytte kvinnens økte kjøpekraft med intensivt kvinneverrettet markedsføring og produktutvikling. Filtersigarettene fikk sitt definitive gjennombrudd i denne perioden og kvinner innlemmet denne sigaretten i sitt forbruk hurtigere enn menn. Den raske anerkjennelse av de «røykevennlige» filtersigarettene kan ha sammenheng med at kvinner oppviser sterkere fysiologiske ubehagsreaksjoner på tobakksrøyk enn menn. Medlemskapet i EFTA førte dessuten til at toll falt bort på tungt annonserte utenlandske sigarettmerker. Disse kom nå til å koste det samme som de norske merkene. Konsumprisindeksen økte mer enn tobakksprisindeksen, og lønningene steg hurtigere enn konsumprisindeksen igjen. Dette førte til at tobakk ble stadig rimeligere i løpet av 1960-årene. Fordi det på denne tiden fortsatt var mange flere menn enn kvinner som døde av tobakks sykdommer, fokuserte helseinformasjonen i hovedsak på menn. Også de fleste røykeavvenningsprogrammene ble utviklet av og for menn.

Det er en utbredt oppfatning at økningen i andel røykere blant kvinner i slutten av 1960-årene i store deler av den vestlige verden var en konsekvens av den parallelle veksten i de respektive lands feministbevegelser. Hvilke presise sammenhenger som her skal ha funnet sted, er imidlertid uvisst. Blant kvinner som identifiserer seg med kvinnebevegelsen, er ikke andelen røykere høyere enn i andre jevnaldrende kvinnegrupper. Perioden 1965–70 – hvor kvinnerøykingen økte – korresponderer heller ikke med den epoke som oftest betegnes som «kvinnefrigjørings-tiåret» – 1970–80. Tobakksreklamens bilde av den moderne, frigjorte og aktive kvinne som en røykende kvinne kan imidlertid ha bidratt til å oppretholde denne forestillingen. I tillegg virker forbindelsen mellom kvinnefrigjøring og røyking å være fundert i en hypotese om personlighetstrekk.

#### **5.7.4 Hvorfor begynte færre unge kvinner å røyke etter 1975?**

Med unntak av kvinner født før 2. verdenskrig, har de fleste røykerne begynt å røyke som tenåringer. Gjennomsnittsalderen for røykestart er faktisk blitt lavere desto yngre fødselskohorter som ble undersøkt (fig. 3–4). Ungdommens røykevaner gir derfor en god pekepinn på det framtidige tobakksforbruket i befolkningen, og endringer følges av denne grunn med stor interesse. Siden midten av 1950-årene har andelen røykere blant menn i aldersgruppen 16–24 år blitt redusert fra om lag 65 % til rundt 30 % midt i 1990-årene. Kvinner i samme aldersgruppe fikk sin topp først 20 år etter mennene. I 1975 røykte om lag 40 % av kvinnene på dette alderstrinnet – omtrent det samme som de jevngamle menn hadde på denne tiden. Etter 1975 – eller for kohorter født etter 1950 – har det imidlertid ikke vært særlig kjønnsforskjell i røykerekutteringen, da også unge kvinner har oppvist samme nedgang som unge menn de siste 20 år.

Når andel røykere blant ungdom har fortsatt å gå ned fra 1975 fram mot år 2 000, har dette bl.a. hatt sammenheng med at det i samme periode også har

vært en *reduksjon i andel røykere blant signifikante andre* som foreldre og lærere. *Opphør av tobakksreklame* førte dessuten til at nye årskull hadde en tenåringsoppvekst uten å bli eksponert for den samme massive tobakksreklamen som tidligere årskull hadde vært utsatt for. Den *økte informasjonen* om tobakkens helseskader og andre *holdningsskapende kampanjer* etter 1975 har ikke blitt uthullet av tobakksreklame, og har kanskje derfor vært mer virksomme. På begynnelsen av 1980-årene steg tobakksprisene relativt mye. Fordi ungdom og kvinner er særlig priselastiske, kan også disse *avgiftsøkningene* bidra til å forklare hvorfor færre ungdommer begynte å røyke. Etter 1975 har dessuten ungdom i stadig sterkere grad opplevd røykere som sosialt deklasserte og marginaliserte. Debatten om passiv røyking framhevet også røykerne som miljø-ødeleggere og forurensningskilder. Det ble satt fokus på røykingens sosiale dysfunksjoner og røyking ble i økende grad stupidifisert og avromantisert. Ungdom erfarte at røyking var en *sosial trend på vei ut*.

## 5.8 Oppsummering

---

Punkt 5.3–5.5 har dokumentert følgende hovedendringer i det 20. århundrets tobakksatferd: framvekst av tobakks *røyking* på bekostning av *tygging* av tobakk

- tilbakegang for piperøyking og framvekst av sigarettøyking
- økning i andel røykere fram til midten av århundret
- sein oppstart av røyking blant kvinner, både i historisk og biografisk forstand
- nedgang i andel røykere blant menn fra midten av 1950-årene
- midlertidig oppgang i andel kvinnerøykere i slutten av 1960-årene
- markant endring i røykernes sosiale sammensetning, inntekt og utdanning
- kunnskapsøkning i befolkningen om skadevirkninger av tobakk

Utviklingen av tobakksforbruket i Norge har fulgt det samme mønsteret som i de land som har lengst historie på masseutbredelse av tobakk, som USA og Storbritannia. Sykdommene som settes i forbindelse med tobakksbruk, opptrer med en «forsinkelse» på flere tiår. De årlige nye tilfeller av for eksempel lungekreft blant menn har nå stabilisert seg som følge av færre røykere siden midten av århundret. Den sterke veksten i lungekreft blant kvinner fra 1985 må fortolkes i lys av økningen i røykere i slutten av 1960-årene. Fordi røyking blant kvinner aldri nådde samme omfang som hos menn, og fordi kvinner født før 1950 begynte å røyke seinere i livsløpet enn menn, har dagens kvinnebefolkning færre akkumulerte «røykeår». Dette vil igjen forplante seg i færre tilfeller av sykdommer som settes i sammenheng med røyking, i første rekke lungekreft og hjertekar-sykdommer.

Reduksjonen i prevalens røykere, særlig blant menn, må forstås på bakgrunn av den voksende vitenskapelig dokumentasjon om sigarettøykingens helseskader. Mistankene om røykingens skadevirkninger ble bekreftet i stadig flere kliniske og epidemiologiske undersøkelser. Mediainteressen knyttet til disse var stor, og kunnskapsnivået i befolkningen vokste raskt. Tre omfattende rapporter, som oppsummerte datidens kunnskap om

tobakksskader, kom ut på begynnelsen av 1960-årene fra autoritativt medisinsk hold. Disse ga det preventive arbeidet, som til da hadde vært dominert av religiøse avholds- og måteholdsmoralister, et sekulært vitenskapelig fundament. Flere frivillige organisasjoner satte arbeidet mot tobakk på dagsorden. Opplysningstiltak ble satt i gang bl.a. av Landsforeningen Mot Kreft. Den norske lægeforening engasjerte seg stadig sterkere mot tobakk til tross for at andel røykere blant leger faktisk hadde vært høyere enn i normalbefolkningen så seint som i 1954.

Da resultatene fra de første store epidemiologiske undersøkelsene forelå, tok det likevel om lag 10–15 år før norske helsemyndigheter og legestanden inntok en klar holdning mot tobakk. Den seine reaksjonen må ses på bakgrunn av at den medisinske profesjon på den tiden var opptatt av sykdomsforebyggende spørsmål som så ut til å være langt viktigere. Tuberkulose tok i 1955 langt flere liv enn lungekreft,<sup>43</sup> og infeksjonssykdommer og spørsmål om hygiene var prioritert. Disse sykdommene rammer ofte unge mennesker, mens sykdommene fra røyking hyppigst inntreffer etter fylte 40–50 år. Som høyt utdannede, og derfor ofte fordomsfrie mennesker, kunne det også tenkes at legene ønsket å distansere seg fra de *«sneversynte og forutinntatte avholdsmoralistene»*, som i 50 år hadde arbeidet mot tobakk på etisk grunnlag. Av taktiske årsaker valgte kanskje derfor noen leger å holde seg borte fra forebyggende tobakksarbeid.

Opplysningsarbeidet ble delvis uthullet av tobakksindustriens intensiverte og stadig mer sofistikerte reklameaktivitet. Gjentatte krav om statlig forbrukerbeskyttelse og informasjon ble satt fram, bl.a. i Stortinget. I 1963 bestemte Oslo kommune at all tobakksreklame på kino skulle opphøre. Skolene ble tilsendt rettleiing for lærere til bruk i undervisningen om tobakk i 1965. NRK begynte å motta reaksjoner fra publikum på røyking i TV, og medarbeiderne fikk instruks om å la være å røyke på TV. Myndighetene kunne ikke lenger innta en likegyldig holdning til tobakken. Departementer og andre statlige etater ble involvert i informasjonsarbeidet om røyking og helse. Den første serien TV programmer om røykeavvenning ble sendt i 1971. Dette året ble også Statens tobakksskaderåd opprettet. I 1973 vedtok Stortinget med stort flertall en lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobaksvarer som bl.a. forbød tobakksreklame, hevet aldersgrensen for kjøp av tobakk til 16 år og forpliktet produsentene å trykke en helseadvarsel på pakkene.

43. I 1955 var det i underkant av 3 000 nye tilfeller av tuberkulose, mens det samme år døde i overkant av 200 mennesker av lungekreft. De påfølgende år gikk insidensen av lungetuberkulose kraftig tilbake mens antall dødsfall av lungekreft økte. Kurvene krysset hverandre i 1968.



*Del II*  
*Tobakksproduksjon, lovgivning og erstatningsoppgjør*  
*i USA*

## Kapittel 6

**Tobakksindustrien, dens forskning og produktutvikling****6.1 Tobakksdyrking, tobakksproduksjon og tobakksforbruk i USA**

---

Tobakksdyrking har lange tradisjoner i USA. Tobakksdyrking finner sted i 21 delstater og i Puerto Rico.<sup>44</sup> De største tobakksstatene er North og South Carolina, Kentucky, Tennessee, Georgia og Virginia. Tobakksdyrking er USA's sjette største jordbruksnæring, og den største blant de jordbrukssnæringer som ikke produserer mat. En gjennomsnittlig tobakksbondegård er etter amerikansk standard forholdsvis liten, ca 25 mål. Det finnes imidlertid mange av dem. Ifølge tall fra tobakksindustriens organ The Tobacco Institute er det i USA over 124 000 tobakksgårder, og til sammen dekker de over 3 millioner mål dyrkemark.

Dyrking av tobakk innledes ved at tobakksfrø strøs over egne plantebed.<sup>45</sup> Den tobakksplante som er mest i bruk i amerikansk jordbruk heter *Nicotiana tabacum* og stammer fra Sør-Amerika, Mexico og Karibia. Etter to måneder har tobakksplanten vokst til omkring 15 cm over bakken, og den er nå klar for å plantes ut på selve tobakksåkeren. Fra 70 til 130 dager deretter er tobakksplanten klar til å innhøstes. Planten er på dette tidspunkt 120 til 180 cm høy. Umiddelbart etter innhøsting settes tobakken til lagring og tørking (cured tobacco).<sup>46</sup> Måten dette gjøres på danner grunnlaget for den senere klassifisering av tobakksråvaren. Avhengig av metoden, kan tørkingen ta fra fire dager til to måneder. Når tobakken er ferdigtørket, legges det ut prøver i egne tobakkslokaler som tobakkselskapenes representanter kan befare. Høysesongen går fra august til februar.

Etter innkjøp fraktes de tørkede bladene til tobakksfabrikkene for behandling. På fabrikkene blir tobakksbladene først skilt fra stilken, så kuttet opp i strimler og vasket. Deretter går bladene gjennom en behandlingsprosess som tilfører tobakksråvaren fuktighet. Et riktig fuktighetsnivå er helt avgjørende for produksjonen. Hvis tobakksbladet er for tørt, vil det under behandlingen smuldre opp og gå i stykker. Hvis bladet er for fuktig, vil det kunne ødelegge tobakksblandingen. For å tilføre fuktighet settes de tørkede tobakksbladene under damp. Til slutt fjernes denne fuktigheten igjen i forbindelse med at tobakken blir klargjort for lagring. Tobakken legges på lager i minst 12 til 18 måneder før den undergis ytterligere foredling og blandes sammen med ulike smaks- og tilsetningsstoffer.

44. Tobakksstatene i USA er (i alfabetisk rekkefølge): Alabama, Arkansas, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Missouri, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, South Carolina, Tennessee, Virginia, West Virginia og Wisconsin.

45. For en inngående fremstilling av av dyrkeprosessen i tobakkslandbruket, se Davis and Nielsen 1999 kapittel 1-5. Se også punkt 2.2.2 og 2.2.3 ovenfor.

46. Se Davis and Nielsen 1999, henholdsvis kapittel 5 og 10C.

I dag røyker omkring 20 % av USAs befolkning. Det totale konsumet av tobakksprodukter i 1996 var 487 milliarder sigaretter, 2,96 milliarder sigarer og sigarillos, 27 316 tonn snus, 26 000 tonn skrå og tyggetobakk og 6 342 tonn pipe- og rulletobakk.<sup>47</sup> Per 1996 er det antatt å være omkring 625 000 tobakksforhandlere i USA og ca 395 000 salgsmaskiner.<sup>48</sup>

## 6.2 Tobakksselskaper i USA – sentrale aktører i den internasjonale tobakksindustrien

---

### 6.2.1 Oversikt

Den årlige tobakksomsetningen i USA er i dag omkring 45–50 milliarder amerikanske dollar (ca 350–400 milliarder norske kroner).<sup>49</sup> Sigarettsalget utgjør 91 % av tobakksomsetningen (ca 45 milliarder dollar).<sup>50</sup> Det er seks selskaper som dominerer tobakksmarkedet i USA: Philip Morris, RJR, Brown & Williamson, Lorillard, Liggett og US Tobacco. Selv om det er omkring 60 tobakksselskaper i USA, har disse seks selskapene bortimot hundre prosent av markedet.

De store tobakksselskapene i USA er hovedaktører også innen den internasjonale tobakksindustrien.<sup>51</sup> Amerikansk tobakk og amerikanske tobakksprodukter selges verden over gjennom et meget utviklet distribusjonnett. Sigarettmerker fra selskaper som Philip Morris, RJR og British-American Tobacco, herunder Brown & Williamson, har lenge stått for en stor andel av tobakkssalget i de enkelte land i Europa, Asia, Afrika, Sør-Amerika, Canada og Australia.

### 6.2.2 Philip Morris, Inc. («Philip Morris»)

Tobakksselskapet Philip Morris er del av det enorme konsernet *Philip Morris Companies*. Hovedkontoret for såvel konsernet som tobakksselskapet er i New York, i staten New York. Konsernet eier blant annet USAs største matvareselskap, Kraft Foods, Inc, og USAs nest største bryggeri; Miller Brewing Co., samt finansselskaper og en rekke eiendommer verden over. Konsernet sysselsetter 154 000 mennesker.<sup>52</sup> Konsernets tobakksproduksjon står for to tredjedeler av konsernets fortjeneste.

Philip Morris startet opprinnelig som en tobakksforhandler i London i 1847, men begynte å produsere egne sigaretter i 1854. I 1902 ble sigarettene introdusert i USA. I 1919 ble selskapet kjøpt opp av amerikanske investorer og sigarettproduksjonen i USA ble etablert i 1929 i Richmond, Virginia. Selskapet er i dag det største private sigarettsselskap i verden, med en markedsandel i USA i dag på ca 48 %. I Tyskland, Europas største sigarettmarked, har Philip Morris 37 %, i Frankrike omkring 29 %, i Tyrkia hele 88 %, i Mexico ca 46 %, i

47. Jf opplysninger på website: <http://www.tobaccoresolution.com> – «Industry Facts», pr august 1999.

48. Jf opplysninger på website: <http://www.tobaccoresolution.com> – «Industry Facts», pr august 1999.

49. Fahs 1996 s 3, Hiltz 1996 s 4, Heyes 1999 s 61 og s 75 og Time 30. juni 1997.

50. Jf opplysninger på website: <http://www.tobaccoresolution.com> – «Industry Facts», pr august 1999.

51. Se for eksempel Kluger 1996, blant annet s 335-341 og Heyes 1999 s kapittel 8.

52. Mollenkamp et al 1998 s 7

Japan omkring 14 % og i Australia omkring 37 %. <sup>53</sup> I 1995 fikk Philip Morris' fabrikker for første gang innpass i Kina, og produksjonen av selskapets største sigarettmerke, Marlboro, tok til i Shanghai. <sup>54</sup>

Selskapet produserer, markedsfører og selger blant annet følgende sigarettmerker i tillegg til andre tobakksprodukter: Alpine, Basic, Benson & Hedges, Cambridge, Dunhill, English Ovals, Galaxy, Marlboro, Merit, Philip Morris, Parliament, Players, Saratoga og Virginia Slims.

### 6.2.3 R. J. Reynolds Tobacco Company («RJR»)

Tobakksselskapet RJR springer ut fra New Jersey og er i dag en del av konsernet *RJR Nabisco Holdings Corporation*. Konsernets hovedkontor ligger i New York, New York, mens tobakksselskapets hovedkontor ligger i Greenwich, Connecticut. Konsernet eier blant 80,5 % av aksjene i USA største kake- og kjeksselskap, Nabisco Holdings Corporation. Konsernet har 80 000 ansatte. <sup>55</sup>

RJR er med en markedsandel på ca 25 % det neste største tobakksselskap i USA. Selskapet produserer, markedsfører og selger blant annet sigarettmerkene Bright Rite, Camel, Century, Doral, Magna, More, Now, Salem, Sterling, Vantage og Winston.

### 6.2.4 Brown & Williamson Tobacco Corporation («Brown & Williamson»)

Tobakksselskapet Brown & Williamson er i dag en del av det enorme konsernet *British-American Tobacco Industries PLC*. BAT Industries har hovedsete i London, Storbritannia, mens hovedkontoret til Brown & Williamson ligger i Louisville, Kentucky i USA. BAT Industries er morselskap ikke bare til Brown & Williamson, men også til en rekke selskaper utenfor USA, for eksempel BAT Cigarettenfabriken (Tyskland), Souza Cruz (Brasil) og British American Tobacco, som igjen produserer tobakksprodukter for mer enn 45 land i alle de fire øvrige verdensdeler. Med dette er BAT verdens nest største private tobakksselskap. I 1992–1995 sto BAT for omkring 11 % av verdensomsetningen av tobakk. <sup>56</sup> Foruten produksjon og salg av tobakksvarer, er BAT Industries særlig involvert i finans- og forsikringsbransjen. Konsernet har 164 000 ansatte. <sup>57</sup>

Tobakksselskapet Brown & Williamson har sin opprinnelse i North Carolina i 1893 da George T. Brown og Robert F. Williamson gikk sammen om å starte tobakksproduksjon. Selskapet Brown and Williamson Tobacco Company ble stiftet i 1906. I 1927 ble selskapet kjøpt opp av det engelske selskapet British American Tobacco Company («BATCo»), og firmaet ble endret til Brown & Williamson Tobacco Corporation. I 1976 fusjonerte BATCo med Tobacco Securities Trust og dannet selskapet BAT Industries PLC.

I 1995 kjøpte Brown & Williamson opp selskapet American Brands, Inc., morselskapet til American Tobacco Company, Inc. Med markedsandelen til American Tobacco på omkring 7 % har Brown & Williamson til sammen ca 17 %, av tobakksmarkedet i USA, og er med dette USAs tredje største tobakkselskap.

53. Kluger 1996 s 755.

54. Kluger 1996 s 755.

55. Mollenkamp et al 1998 s 8.

56. Glantz et al 1996 s 2 med nærmere henvisninger.

57. Mollenkamp m. fl. 1998 s 8.

Brown & Williamson produserer, markedsfører og selger blant annet følgende sigarettmerker: Barclay, Belair, Capri, Eli Cutter, Fact, GPC, Kool, Laredo, Raleigh, Richland og Viceroy samt merkene til American Tobacco: American, Bull Durham, Carlton, Iceberg, Lucky Strike, Malibu, Misty, Montclair, Newport, Pall Mall, Silk Cut, Silva Thins, Sobrania og Tareyton.

#### **6.2.5 Lorillard Tobacco Company, Inc. («Lorillard»)**

Tobakksselskapet Lorillard er en virksomhet fra Delaware og er i dag en del av konsernet *Loews Corporation*. Loews' hovedkontoret ligger i New York, i staten New York. Foruten tobakksproduksjon driver konsernet finans- og forsikringsinstitusjoner, Loews Hotels og Diamond Offshore Drilling. Konsernet har ca 35 000 ansatte.<sup>58</sup>

Lorillard er USAs eldste tobakksselskap. I et hus i Chatham Street, New York, ble selskapet startet så tidlig som i 1760 av en franskmann ved navn Pierre Lorillard.<sup>59</sup> Pierre Lorillard hadde nettopp avsluttet sin lære i å lage snusprodukter («snuff»), og bygget virksomheten opp til å bli blant de største tobakksselskaper i USA.

Lorillards markedsandel i USA er idag på omkring 8 %. Selskapet produserer, markedsfører og selger blant annet følgende sigarettmerker: Kent, Max, Newport, Old Gold, Satin, Spring, Triumph og True.

#### **6.2.6 Liggett Group, Inc. («Liggett»)**

Tobakksselskapet Liggett er også en Delaware-virksomhet og utgjør en del av konsernet *Brooke Group Ltd.* Liggett Group, Inc. er suksessor til det tidligere selskapet Liggett & Myers Tobacco Company. Liggets hovedkontor er i Durham, North Carolina, mens konsernets hovedkontor ligger i Miami, Florida. Foruten tobakksproduksjon driver konsernet finansinstitusjoner og med fast eiendom. Antall ansatte i konsernet er knapt 2 000.<sup>60</sup>

Liggetts markedsandel i USA er på omkring 2 %. Liggett produserer, markedsfører og selger blant annet følgende sigarettmerker: Chesterfield, Decade, Dorado, Eve, Generic, L&M, Lark, Pyramid og Stride.

#### **6.2.7 United States Tobacco Company («US Tobacco»)**

US Tobacco har hovedkontor i Greenwich, Connecticut. Foruten tobakksmerker produserer selskapet piper og vin (Chateau Ste. Michelle og Village Mt. Eden). Konsernet har knapt 5 000 ansatte.<sup>61</sup>

US Tobacco produserer, markedsfører og selger Sano sigaretter, og står dessuten for over 80 % av salget av røykfrie tobakksprodukter (snus og skrå). De røykfrie tobakksprodukter omfatter merker som Copenhagen, Happy Days og Skoal.

### **6.3 Sentrale fellesorganer for den amerikanske tobakksindustri**

---

I 1954 ble *the Tobacco Industry Research Committee* (TIRC) opprettet som et felles organ for hele den amerikanske tobakksnæringen. Det skiftet senere

58. Mollenkamp et al 1998 s 8.

59. Petrone 1996 s 17.

60. Mollenkamp et al 1998 s. 9.

61. Mollenkamp et al 1998 s. 9.

navn til *the Council for Tobacco Research* (CTR). Utad ble organet presentert som en objektiv faginstitusjon, men reelt har organet fungert som en instans til temmelig ensidig støtte for industriens argumenter i helsedebatten.

I 1958 ble *the Tobacco Institute* (TI) etablert som et sentralt PR- og lobbyorgan for tobakksbransjen i USA.

Om disse organene, se nærmere i punkt 6.5.3 og 6.5.4 nedenfor.

#### **6.4 Medisinske undersøkelser utover 1950-årene – «the Big Scare»**

---

Det varte til omkring midten av 1900-tallet før legevitenskapen for alvor tok til å undersøke og dokumentere helsevirkningene av tobakksbruk. I 1950 publiserte Dr. Ernst L. Wynder og Dr. Evarts A. Graham resultatene fra en serie med undersøkelser som påviste at sigaretttrøyking er en faktor i utviklingen av lungekreft.<sup>62</sup> Året før hadde forskere i England antydnet det samme, og i årene som fulgte kom flere undersøkelser som støttet opp om disse resultatene. Denne nye bølgen av medisinske forskningsprosjekter om tobakksprodukters helsemessige virkninger ble senere av tobakksindustrien omtalt som «the Big Scare». I første omgang førte «the Big Scare» til iverksettelsen av fire tiltak fra industriens side.

#### **6.5 Tobakksindustriens fire tiltak**

---

##### **6.5.1 Innledning**

Mot slutten av 1953 tok administrerende direktør i American Tobacco initiativet til et møte mellom alle de store tobakkselskapene for å diskutere en felles strategi overfor den negative medisinske eksponering av tobakksprodukter.<sup>63</sup> Møtet fant sted den 15. desember 1953 i New York. På møtet deltok den øverste ledelse fra tobakkselskapene American Tobacco, Brown & Williamson, Lorillard, Philip Morris og RJR samt representanter fra det anerkjente konsultasjonsselskapet Hill & Knowlton. Liggett uteble idet de mente at industrien ikke burde nøre ytterligere opp under den medisinske diskusjonen som var oppstått. Liggett innledet i stedet sin egen interne tobakksforskning ved sitt laboratorium i Durham, North Carolina.<sup>64</sup> Blant møtedeltagerne var det imidlertid enighet om at tobakksindustrien nå var nødt til offentlig å konfrontere de medisinske spørsmål. Hill & Knowlton foreslo opprettet en medisinsk forskningsgruppe finansiert av industrien, og at dette ble bekjentgjort overfor forbrukerne. Forslagene ble fulgt opp av industrien.

##### **6.5.2 «A Frank Statement to Cigarette Smokers»**

Den 4. januar 1954 kunngjorde tobakksindustrien dannelsen av the Tobacco Industry Research Committee (TIRC) i et oppslag med overskriften «A Frank Statement to Cigarette Smokers».<sup>65</sup> Kunngjøringen fant sted over en full avis-

62. Wynder and Graham 1950.

63. Glantz et al 1996 s 33, Hiltz 1996 kapittel 1 og Rybak and Phelps 1998 s 93-95.

64. Kluger 1996 s 164-165.

65. Glantz et al 1996 s 33-35, Hiltz 1996 s 12-13, Rybak and Phelps 1998 s 95, Heyes 1999 s 47 og Orey 1999 s 36-37.

side i enhver by med over 50 000 innbyggere, det vil si i til sammen 443 aviser i 258 byer i USA. I kunngjøringen uttalte tobakksindustrien at den ikke trodde at bruk av tobakk var helseskadelig, men at den ville samarbeide med legevitenenskapen og sette inn krefter på å avklare de medisinske spørsmål. Industrien erkjente et ansvar for brukernes helse og fremhevet dette som et hensyn overordnet ethvert annet.

UTDRAG FRA «THE FRANK STATEMENT»: <sup>66</sup>

- a) «Recent reports on experiments with mice have given wide publicity to a theory that cigarette smoking is in some way linked with lung cancer in human beings.»
- b) «Although conducted by doctors of professional standing, these experiments are not regarded as conclusive in the field of cancer research.»
- c) «[T]here is no proof that cigarette smoking is one of the causes [of lung cancer.]»
- d) «We accept an interest in people's health as a basic responsibility, paramount to every other consideration in our business.»
- e) «We believe the products we make are not injurious to health.»
- f) «We always have and always will cooperate closely with those whose task it is to safeguard the public health.»
- g) «We are pledging aid and assistance to the research effort into all phases of tobacco use and health.»
- h) «For this purpose we are establishing a joint industry group consisting initially of the undersigned. The group will be known as TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE.»
- i) «In charge of the research activities of the Committee will be a scientist of unimpeachable integrity and national reputation. In addition there will be an Advisory Board of scientists disinterested in the cigarette industry. A group of distinguished men from medicine, science, and education will be invited to serve on this Board. These scientists will advise the Committee on its research activities.»
- j) «This statement is being issued because we believe the people are entitled to know where we stand on this matter and what we intend to do about it.»

Det er verdt å påpeke at tobakksindustrien i USA også senere med ujevne mellomrom har gjentatt sine løfter og idealer fra the Frank Statement. <sup>67</sup>

I 1962:

«We in the tobacco industry recognize a special responsibility to help science determine the facts. And we believe we are fulfilling this responsibility through the Tobacco Industry Research Committee.»

I 1970:

«In the interest of the absolute objectivity, the tobacco industry has supported totally independent research efforts with completely non-restrictive funding....»

I 1971:

---

66. Våre bokstavinndelinger.

67. Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 520-521 med henvisninger.

«Any organization in a position to apply resources in the search for those keys – and which fails to do so – will continue to be guilty of cruel neglect of those whom it pretends to serve.»

I 1972:

«If our product is harmful, we'll stop making it.»

I 1982:

«Since the first questions were raised about smoking as a possible health factor, the tobacco industry has believed that the American people deserve objective, scientific answers. The industry has committed itself to this task.»

### 6.5.3 Etableringen av Tobacco Industry Research Committee (TIRC)

På nyåret 1954 ble *The Tobacco Industry Research Committee* opprettet. I henhold til «the Frank Statement» ble dette organet etablert for å støtte medisinsk forskning om de helsemessige virkninger i forbindelse med bruk av tobakksprodukter. Tobakksselskapene påtok seg å finansiere TIRCs virksomhet, men organet ble fremholdt som uavhengig av industrien og finansiell støtte til forskningsprosjekter skulle på forhånd godkjennes av et eget fagråd bestående av anerkjente medisinerere, the Scientific Advisory Board (SAB).

I 1956 opprettet den engelske tobakksindustri et tilsvarende fellesorgan : *the Tobacco Manufacturers' Standing Committee* (TMSC). I likhet med TIRC skulle TMSC finansiere uavhengig medisinsk forskning, men i motsetning til TIRC drev TMSC etter hvert også med egen forskning.<sup>68</sup> Kort tid etter at TMSCs laboratorium ble innstiftet høsten 1962 i Harrogate, England, skiftet TMSC navn til *the Tobacco Research Council* (TRC). Senere ble navnet nok en gang endret, denne gang til *the Tobacco Advisory Committee* (TAC).

I daværende Vest-Tyskland innstiftet den vesttyske tobakksindustri i 1959 Wissenschaftliche Forschungsstelle im Verband der Cigarettenindustrie.<sup>69</sup> Fire år senere ble et eget forskningslaboratorium etablert i Hamburg; Forschungsinstitut der Cigarettenindustrie.<sup>70</sup>

Interne notater viser at formålet med opprettelsen av TIRC først og fremst var å tilveiebringe materiale til støtte for tobakksindustrien i helsedebatten og ikke så meget å søke en «objektiv» medisinsk avklaring av de helsemessige spørsmål knyttet til tobakksbruk.<sup>71</sup> For tobakksindustrien ble det av avgjørende betydning å fremstå som seriøs og troverdig overfor forbrukerne. Konsultasjonsselskapet Hill & Knowlton sto sentralt i utarbeidelsen av ulike PR-strategier for bransjen.<sup>72</sup>

Det ble av største viktighet å få frem argumenter som kunne svekke medisinske undersøkelser som konkluderte med at tobakksbruk var helseskadelig, ikke for egentlig å sikre en faglig nyansering av debatten, men særlig for å befeste en tvil i markedet knyttet til disse spørsmål. Således ble det for tobakksbransjen et mål i seg selv å holde den medisinske debatten levende slik at det overfor forbrukerne i hvert fall ble gitt den beskjed, riktig eller ikke, at de helsemessige spørsmål var kontroversielle.<sup>73</sup> I årene som fulgte ble

68. Glantz et al 1996 47-48.

69. Löwenberg 1992 s 136.

70. Löwenberg 1992 s 136.

71. Fahs 1996 s 41-55, Glantz et al 1996 s 32 og s 35-39 og Pringle 1998 kapittel 6.

72. Glantz et al 1996 s 39-40 og USA Today 20. februar 1998.



TIRC tobakksindustriens fremste faglige formidler av denne beskjed til markedet.

I 1964 skiftet TIRC navn til *The Council for Tobacco Research* (CTR). CTR fikk etter hvert en sentral rolle også i forbindelse med søksmål mot industrien. CTR ble oppløst i november 1998 i forbindelse med det store nasjonalforliket, se punkt 10.9.4 nedenfor.

#### 6.5.4 Etableringen av Tobacco Institute (TI)

Mot slutten av 1950-årene ble det i flere stater reist spørsmål om å lovregulere tobakksbransjen og tobakksmarkedet. Tobakksselskapene fant på dette tidspunkt at fagorganet TIRC alene ikke var egnet til å møte den stadig voksende samfunnsdebatt omkring industrien. I 1958 ble *The Tobacco Institute* opprettet i Washington som et felles «public relations»- og lobbyorgan for tobakksbransjen i USA.<sup>74</sup> Tobakksselskapene bidro til finansieringen av TI's virksomhet i henhold til sin markedsandel. TI hevdet å representere en samlet enhet av ulike tobakksrelaterte virksomheter i USA, ikke bare tobakksselskapene, men også 600 000 tobakksplantasjer og gårdbrukere, 30 000 fabrikkarbeidere og et utall av tobakksforhandlere. Kjernen i TI's ideologi og policy var å understreke tobakksvirksomhetenes betydning for landets økonomi og tradisjonsrike jordbruk, påpekning av at det ikke fantes viten-skapelig grunnlag for å hevde at tobakk er helseskadelig og fremhevelse av individets frihet.<sup>75</sup>

I juni 1968 ble et fellesorgan tilsvarende The Tobacco Institute opprettet i Sverige; Svenska Tobaksbranschföreningen.<sup>76</sup> Som medlemmer i denne foreningen deltok etter hvert også representanter fra andre lands tobakkselskaper, blant annet RJR (USA), Philip Morris (USA), Suomen Tupakka (Finland) og Tiedemanns (Norge).<sup>77</sup> Svenska Tobaksbranschföreningen har særlig engasjert seg mot avgiftsbeleggingen av tobakksprodukter og markedsføringsbegrensningene. Fra slutten av 1990-årene har foreningen i første rekke motarbeidet forslaget til ny tobakkslov i Sverige, som blant annet foreslår regulering av passiv røyking.<sup>78</sup>

I Europa ble INFOTAB opprettet som et fellesorgan for den internasjonale tobakksindustri, med sete i Brussel.<sup>79</sup> Etter frigjøringen av interne dokumenter fra tobakkselskapene i USA, vet man at INFOTAB har fungert som et felles lobby og PR-kontor, ikke bare i Europa, men i hele verden, og med nære bånd til industrien i USA. I tillegg skal INFOTAB ha drevet omfattende innsamling av informasjon og kartlegging av legeviten-skapens tobakksforskning, og således tjent som en slags informasjonskoordinator for de enkelte lands tobakksindustrier.<sup>80</sup> Det er uvisst når INFOTAB ble opprettet, om det ennå eksisterer eller om det er fortsatt i nytt navn.

73. Glantz et al 1996 s 40-44, Hiltz 1996 kapittel 2 og Pringle 1998 s 126-127.

74. Kluger 1996 s 211. Se også punkt 7.6 nedenfor om tobakkselskapenes lobbyvirksomhet.

75. Kluger 1996 s 211.

76. Löwenberg 1992 s 41.

77. Löwenberg 1992 s 42.

78. SOU 1990: 29. Se Löwenberg 1992 s 41-43.

79. Löwenberg 1992 s 47-48.

80. Se også vedlegg 9 (punkt 5.1) og vedlegg 10 (punkt 3.2) til utredningen.

### 6.5.5 Filtersigaretter og «tjæreracet»

Tobakksindustriens tidligste svar til et marked i økende bekymring over helsefarene ved tobakksbruk, var å fremme nye typer av sigaretter utover 1950- og 1960-årene: Filtersigaretter og sigaretter med lavt tjæreinnhold.<sup>81</sup> Riktignok var sigaretter med filter ikke ukjent på dette tidspunkt. Den første filtersigaretten ble introdusert allerede i 1936.<sup>82</sup> Det nye var den sterke produksjonsøkningen av filtersigaretter og den aktive markedsføringen av disse og lav-tjære-sigaretter med antydning om en helsemessig gevinst.

For så vidt var det heller ikke noe nytt å markedsføre sigaretter som «sunnere» og mer behagelige i bruk. For eksempel ble det i en reklame fra 1929 fremhevet at Lucky Strike verken irriterer halsen eller skaper hoste.<sup>83</sup> Tilsvarende reklamer fremmet filtersigaretter i 1930-årene og senere.<sup>84</sup> Dette kan imidlertid ikke sammenlignes med den helseorientering som oppsto i 1950-årene.

Industriens nye fremstøt førte til en markert økning av salget av filtersigaretter og en rekke nye merker så dagens lys. I 1952 ble for eksempel Kent introdusert med micronite filter, som ifølge Lorillard skulle redusere irritasjonen av røykerens luftveier.

Lorillard hadde utviklet Kent-filteret i samarbeid med Dr. Ernst Wynder fra Sloan-Kettering Institute for Cancer Research.<sup>85</sup> Dr. Wynder var mannen som sammen med Dr. Graham et par år tidligere hadde publisert sine undersøkelser om at røyking var kreftfremkallende (se punkt 6.4 ovenfor) og mannen som kritiserte tobakkselskapene for å ha filtre som ikke skilte mellom giftstoffer og andre stoffer i sigaretter.

Markedsandelen av filtersigaretter gikk fra 3 % i 1950 til 10 % i 1954 og til 87 % i 1975.<sup>86</sup> Konkurransen mellom tobakkselskapene i 1950- og 1960-årene om å levere den helsemessig beste og minst tjæreholdige sigarett, kalles gjerne «tjæreracet», og særpreges ved en omfattende og sterkt helseorientert markedsføring.<sup>87</sup> Tobakksindustriens dokumenter viser at dette første tjæreracet først og fremst var en respons på markedsønsket om å få en helsemessig bedre sigarett, og at tobakkselskapene i denne tiden derfor var mer opptatt av hvordan sigarettene ble oppfattet i markedet («health image») enn av reelle vitenskapelige forsøk på å skape en «sunnere» sigarett.<sup>88</sup> Jakten på den trygge sigarett tok til senere.<sup>89</sup> Tobakksindustrien hadde i 1950- og 1960-årene ingen skikkelig dokumentasjon på at filtersigaretter og sigaretter med lavere tjæreinnhold var bedre. Senere medisinsk forskning, fra siste halvdel av 1970-årene, har vist at det er meget tvilsomt om det er noen helsemessige fordeler ved disse sigarettene, særlig «light»-sigarettene.<sup>90</sup> I dag anerkjenner

81. Glantz et al 1996 s 25-26 og Sullum 1998a s 69.

82. Wigand 1998 s 336 og Davis and Nielsen 1999 s 354.

83. Glantz et al 1996 s 28.

84. Wigand 1998 s 336.

85. Glantz et al 1996 s 119.

86. Kluger 1996 s 159 og s 170 og Glantz et al 1996 s 27.

87. Glantz et al 1996 s 26-28.

88. Glantz et al 1996 s 26-28.

89. Se punkt 6.11 nedenfor.

industrien åpent at den fremmer filter- og «light»-sigaretter kun fordi det i markedet er en utbredt oppfatning om at disse sigarettene er «sunnere», og ikke fordi industrien selv mener at disse sigarettene er mindre farlige.<sup>91</sup>

## **6.6 Tobakksindustriens forskning på sine produkter og deres virkning på brukere og omgivelser – innledende bemerkninger**

---

### **6.6.1 Hvorfor satte tobakksindustrien i gang med en egen storstilt forskning?**

Som et naturlig ledd i sin produksjonsvirksomhet hadde tobakksindustrien i USA og England lenge gjennomført enkelte studier og analyser av tobakk. Det var imidlertid i siste halvdel av 1950-årene at industrien satte i gang sin systematiske og etter hvert meget avanserte forskning. Foranledningen til denne forskningsvirksomheten var 1950-årenes medisinske undersøkelser som slo fast at sigarettøyking var helseskadelig. For tobakksindustrien ble det et sentralt spørsmål hvordan den best kunne forsvare seg mot rettslig ansvar for sine produkter. Dette spørsmålet ble spesielt viktig da Den amerikanske helsedirektør (the Surgeon General) satte i gang arbeidet med å kartlegge skadevirkningene av tobakk, et arbeid som tobakksindustrien forventet ville slå negativt ut for den.

I påvente av Den amerikanske helsedirektørs første rapport om tobakksprodukter (som til slutt kom i 1964) skrev *Addison Yeaman*, en av de øverste lederne i Brown & Williamson, at tobakksbransjen nå hadde to handlingsalternativer for å unngå rettslig ansvar i fremtiden: Enten måtte industrien på medisinsk-faglig grunnlag kunne tilbakevise at tobakksprodukter er helseskadelige, eller den måtte vise evne til å identifisere giftstoffene og fjerne eller nøytralisere dem.<sup>92</sup> Begge deler ville forutsette en omfattende og avansert forskning i industriens regi. Yeaman ga uttrykk for at han trodde at tobakksprodukter var farlige og at forskningen derfor burde konsentreres om å gjøre produktene mindre farlige. Yeaman gjorde det imidlertid klart at hensikten med forskningen også måtte være å gi industrien skyts til å imøtegå det medisinske samfunn.<sup>93</sup>

Den forskning som tobakksbransjen satte i gang, skjedde dels i form av oppdrag til andre høyt kvalifiserte private institusjoner og dels i egne laboratorier rundt om i verden, særlig i USA., Storbritannia, Tyskland og Sveits. Det ble satt inn store ressurser på forskning og produktutvikling, for eksempel hadde Philip Morris' forsknings- og produktutviklingsavdeling («Research & Development») i 1965 hele 500 ansatte forskere og teknisk kyndige.<sup>94</sup>

Tobakksindustriens forskning skulle etter hvert vise seg på flere punkter å ligge år foran den medisinske verden. Innenfor tobakksindustrien skulle

90. Glantz et al 1996 s 30 med henvisninger. Se også punkt 6.10 nedenfor om ventileringsssystemet i sigarettfiltre og punkt 2.4 ovenfor.

91. Glantz et al 1996 s 30. Det er altså tale om «health image»-sigaretter, jf punkt 7.7.2 nedenfor.

92. Glantz et al 1996 s 52-53.

93. Glantz et al 1996 s 53.

94. Kluger 1996 s 230-231.

man fra tidlig av få kunnskaper om helsefarene ved bruk av tobakk til dels lenge før legevitenenskapen og enda lenger før myndigheter og folk flest.

### 6.6.2 Kort oversikt over hva forskningen gikk ut på

Et hovedmål for tobakksindustriens forskningsvirksomhet var å forstå mekanismene for røykernes lyst på tobakk: Hvorfor røyker mennesker? Hvilken nytelse og tilfredsstillelse gir tobakk? Industrien var seg tidlig bevisst at man særlig måtte se nærmere på nikotin. I første omgang ble forskningen derfor konsentrert om grunnstudier av nikotin og dets farmakologiske virkninger på brukeren. I neste omgang ble denne nikotinforskningen utvidet til å omfatte studier av hvordan nikotin nærmere virker på sentralnervesystemet og hvordan nikotinet best kunne gjøres tilgjengelig for tobakksbrukeren. Etter hvert ble nikotinforskningen kombinert med forsøk på å redusere skadevirkningene av alle de tilleggsstoffene som følger med nikotinet i tobakk.

Ledelsen i tobakkselskapene tok aktivt del i denne forskningsvirksomheten, dels ved å fastsette målsetninger og rammer for forskningen, stort sett i samråd med sine advokater og forskere, og dels ved å besørge finansiering av prosjektene. Gjennomgående ble forskningsresultatene formidlet til ledelsen, ikke minst fordi forskningen som helhet både var ment å skulle gi argumenter for industrien i helsedebatten og danne grunnlaget for produktdesign og produktutvikling.

## 6.7 Forskning på virkninger av nikotin

---

### 6.7.1 Det store spørsmålet: Var nikotin avhengighetsskapende?

I 1950- og 1960-årene var hele den amerikanske tobakksindustri meget opptatt av å studere hvorvidt nikotin hadde avhengighetsskapende virkninger på forbrukerne. Mot slutten av 1950-årene satte for eksempel forskere for Brown & Williamson i gang forsøk på dyr for å kartlegge virkninger som forskerne trodde at nikotin hadde på hjernen, særlig virkninger på funksjoner i hypotalamus og hypofysen.<sup>95</sup> Forskerne var spesielt interessert i å finne ut om og hvordan nikotin kunne virke beroligende eller stressnedsettende på brukeren. I en rapport fra forskningsinstitusjonen Battelle Memorial Institute til BAT i 1962 uttales følgende som bakgrunn for undersøkelsene:<sup>96</sup>

«It is an everyday experience to each smoker that smoking a cigarette helps mastering the numerous stressful stimuli of modern life.

This effect is possibly one of the most powerful reasons which make one smoke.

How does nicotine exert this action? The normal defense mechanism against stressful agents is a nearly immediate release of those hormones synthesized by the adrenal cortex which act upon the cell metabolisms: they are called »corticosteroids« and play the cardinal role in the defense of the organism against stress. Their release from the gland is mediated through a very complicated system involving the stimulation of hypothalamus and pituitary function. .

---

95. Forskningsprosjektene ble kalt HIPPO I og HIPPO II, jf Fahs 1996 s 28-30, Glantz et al 1996 s 62-68 og Pringle 1998 s 144.

96. Sitert etter utdrag i Glantz et al 1996 s 62.

As a working hypothesis we assumed the idea that nicotine could help to master the stressful stimuli by way of enhancing (or facilitating) the normal defence mechanism.»

Allerede i begynnelsen av 1960-årene hadde forskerne for BAT og Brown & Williamson dannet seg en mening om at nikotin var avhengighetsskapende. De utarbeidet en teori om at nikotin påvirker den naturlige balanse for frisetting av stressnedsettende hormoner (kortikotropiner), og at den kroniske røyker blir avhengig av nikotin for å gjenopprette denne balansen. Denne teorien for hvordan nikotin virker på hjernen representerte noe av det fremste innen den tids nevroendokrinologi (læren om samspillet mellom nerve- og hormonsystemet):<sup>97</sup>

«The hypothalamo-pituitary stimulation of nicotine is the beneficial mechanism which makes people smoke; in other words, nicotine helps people to cope with stress. In the beginning of nicotine consumption, relatively small doses can perform the desired action. Chronic intake of nicotine tends to restore the normal physiological functioning of the endocrine system, so that ever-increasing dose levels of nicotine are necessary to maintain the desired action. Unlike other dopings, such as morphine, the demand for increasing dose levels is relatively slow for nicotine.

In a chronic smoker the normal equilibrium in the corticotropin-releasing system can be maintained only by continuous nicotine intake. It seems that those individuals are but slightly different in their aptitude to cope with stress in comparison with a non-smoker. If nicotine intake, however, is prohibited to chronic smokers, the corticotropin-releasing ability of the hypothalamus is greatly reduced, so that these individuals are left with an unbalanced endocrine system. A body left in this unbalanced status craves for renewed drug intake in order to restore the physiological equilibrium. *This unconscious desire explains the addiction of the individual to nicotine.*»<sup>98</sup>

BAT og Brown & Williamson satte ikke bare bort oppdrag til utenforstående forskningsinstitusjoner, men foresto også selv forskning i egne laboratorier. Denne forskningen ble særlig konsentrert om studier og utvikling av mekanismer for hvordan nikotin best kunne tilføres røykeren.<sup>99</sup> Tilsvarende forskning foregikk også innen andre tobakksselskaper. For eksempel engasjerte forskere for Philip Morris seg i en rekke hemmelige prosjekter; fra ulike dyreeksperimenter til avanserte studier av hjernereaksjoner hos frivillige forsøkspersoner som lot seg undergi blant annet EEG-testing, injeksjon av nikotin og elektrosjokk.<sup>100</sup>

Det ser ut til at fra tidlig 1960-årene og fremover har den amerikanske (og engelske) tobakksindustri forskning bygget på en erkjennelse av at nikotin har sterke effekter på brukeren. I et notat fra 1963 uttalte *Addison Yeaman*,

97. Jf Glantz et al 1996 s 68 og Pringle 1998 s 144.

98. «A Tentative Hypothesis on Nicotine Addiction», sitert etter utdrag i Glantz et al 1996 s 68-69 (utheving i kursiv er tilføyd).

99. Glantz et al 1996 s 77-85. Se nærmere om dette i punkt 6.8.2 nedenfor.

100. Congressional Record 24. juli 1995.

en av lederne i Brown & Williamson, at nikotin var et *avhengighets* skapende stoff («drug»):

«Moreover, nicotine is addictive.

We are then in the business of selling nicotine, an addictive drug effective in the release of stress mechanisms.»<sup>101</sup>

I 1967 fremhevet BATs forskere nok en gang at røyking er avhengighetsskapende på grunn av nikotinet:

«Smoking is an addictive drug attributable to nicotine and the form of nicotine affects the rate of absorption by the smoker.»<sup>102</sup>

Visepresidenten for Philip Morris' forskningsprogram fremholdt i 1969 at nikotinets farmakologiske virkninger er årsaken til at mennesker røyker, og dette ble særlig understreket i forskernes orientering til ledelsen i Philip Morris:

«...the primary motivation for smoking is to obtain the pharmacological effect of nicotine. In the past, we at R&D have said that we're not in the cigarette business, we're in the smoke business. It might be more pointed to observe that the cigarette is the vehicle of smoke, smoke is the vehicle of nicotine, and nicotine is the agent of a pleasurable body response.»<sup>103</sup>

[The smoker begins to smoke at age 16] to enhance his image in the eyes of his peers. But the psychosocial motive is not enough to explain continued smoking. Some other motive force takes over to make smoking awarding in its own right. Long after adolescent preoccupation with self-image has subsided, the cigarette will even preempt food in times of scarcity on the smoker's priority list. The question is «why»?....We are of the conviction...that the ultimate explanation for the perpetuated cigarette habit resides in the pharmacological effect of smoke upon the body of the smoker, the effect being most rewarding to the individual under stress.»<sup>104</sup>

I et BAT-dokument fra 1979 understrekes det at tobakksbransjens høye fortjenester skyldes kundenes avhengighet av produktet:

«...the high profits traditionally associated with the tobacco industry are directly related to the fact that the customer is dependent upon the product.»<sup>105</sup>

Året etter karakteriserer BATs forskere tobakks-produkter som avhengighetsskapende stoff («drugs»):

101.Sitatet er blant de mest kjente fra industriens dokumenter, og er sitert en rekke steder. Se for eksempel New York Times 7. mai 1994, Glantz et al 1996 s 74, Pringle 1998 s 145 og Orey 1999 s 162.

102.BAT Research and Development Conference, Montreal, Proceedings, 24.-27. October 1967, Minutes written 8. November 1967. (Minnesota Trial Exhibit 11.332).

103.Philip Morris Vice President for Research and Development, Why One Smokes, First Draft, 1969, Autumn. (Minnesota Trial Exhibit 3681).

104.«Ryan/Dunn Alternate Third Version of Board Presentation» fall 1969, delivered with only minor changes. December 1969. (Congressional Record 24. juli 1995).

105.BAT, Key Areas for Product Innovation Over the Next 10 Years. (Minnesota Trial Exhibit 11.283).

«BAT should learn to look at itself as a drug company rather than as a tobacco company». <sup>106</sup>

På bakgrunn av eksperimenter med rotter klassifiserer også Philip Morris' forskere nikotin som et avhengighetsskapende stoff («drug»):

«Nicotine has properties of a drug of abuse. It has properties of drug addiction... This [the research results] was completely contradictory to the industry's position that nicotine is in cigarettes for taste. We know they [the rats] pressed the lever because of the drug effects on the animals brain. We also know from studies that if the substance was cocaine or morphine or alcohol the rats would continue to press the lever. We found the same in nicotine.» <sup>107</sup>

I et internt notat fra Philip Morris i 1984 fremheves det at de fleste som forsøker å slutte å røyke, må gi opp fordi det er for vanskelig og ubehagelig:

«Why do people smoke?... to relax; for the taste; to fill the time; something to do with my hands. [...] But, for the most part, people continue to smoke because they find it too uncomfortable to quit.» <sup>108</sup>

I nok et notat fra Philip Morris, denne gang fra omkring 1993, settes nikotin, hva angår avhengighetsskapende effekt, i samme kategori som narkotiske stoffer:

«Different people smoke for different reasons. But the primary reason is to deliver nicotine into their bodies. Nicotine is an alkaloid derived from the tobacco plant. It is a physiologically active, nitrogen containing substance. Similar organic chemicals include nicotine, quinine, cocaine, atropine and morphine.» <sup>109</sup>

Disse dokumentene gir et klart vitnesbyrd om at de amerikanske tobakksselskapene, og med det de sentral aktørene i den internasjonale tobakksindustrien, i hvert fall fra midten av 1960-årene var klar over at nikotin virker avhengighetsskapende, og at det er behovet for nikotintilfredsstillelse som er årsaken til at forbrukerne fortsetter å bruke tobakk. Opp gjennom årene er denne erkjennelsen fra industriens side blitt bekreftet igjen og igjen i forbindelse med tobakksselskaperens forskningsprosjekter. <sup>110</sup>

### 6.7.2 Undersøkelse av andre virkninger av nikotin

Tobakksindustriens forskning var ikke begrenset til studier av nikotinets avhengighetsskapende effekt. Prosjektene spente over et bredt spekter av områder hvor man trodde nikotin gjorde seg gjeldende, det være seg virkninger av fysiologisk, farmakologisk eller toksikologisk art. Industrien festet seg for eksempel tidlig ved nikotinets appetittregulerende effekt på røyk-eren, og her lå forskningen to tiår foran den medisinske vitenskap. <sup>111</sup> Det var

106.BAT, Brainstorming 11, What Three Radical Changes Might, Through the Agency of R&D Take Place in this Industry by the End of the Century, 11. April 1980. (Minnesota Trial Exhibit 11.361).

107.Sitert på Channel 4, Big Tobacco, Dispatches, 31. October 1996, jf ASH 1998 s 19-20.

108.Philip Morris, Internal Presentation, 20. March 1984, sitert etter ASH 1998 s 20.

109.Philip Morris, Draft Report into «Table». Notatet er udatert, men det bruker opplysninger fra 1992. Her sitert etter ASH 1998 s 20.

110.Se for eksempel Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 546-548.

(og er) for så vidt alminnelig kjent at ferske røykere får en forbigående nedsettelse av sin appetitt, mens etabablerte røykere som gjør forsøk på å slutte har en tendens til å øke sitt matinntak. Allerede i begynnelsen av 1960-årene fant imidlertid forskere for BAT og Brown & Williamson at dette ikke bare skyldtes røykernes faktiske kompensering – i det første tilfelle røyk for mat, i det andre tilfelle mat for røyk – men at nikotin påvirket mobiliseringen av fett og konsentrasjonen av frie fettsyrer i blodet og således også syntes å ha en direkte vektregulerende effekt.<sup>112</sup> Industriens ledelse så med stor interesse på disse forskningsresultatene fordi nikotinets vektregulerende og stressnedsettende virkninger kunne fremmes som positive egenskaper ved tobakk i en helsedebatt som utover 1960-årene var blitt mer og mer sentrert om krefttrisikoen ved røyking.<sup>113</sup>

Tobakksindustrien gjennomførte også flere studier av nikotinets virkninger på sentralnervesystemet, særlig i 1970-årene.<sup>114</sup> Ved eksperimenter på aper undersøkte forskere for BAT blant annet hvilke elektriske impulser som nikotin ga i hjernen. For eksempel beskrives det i en forskningsrapport fra 1974 hvordan røyking av en sigarett fører til øket alfabølgeaktivitet i hjernen.<sup>115</sup> I noen rapporter fra 1978 fremhever forskere for Philip Morris at studier av sentralnervesystemet er svært viktig, og det vises særlig til at denne forskningen etter hvert vil kunne gi eksakt kunnskap om nikotinreseptorer i sentralnervesystemet.<sup>116</sup>

## **6.8 Forskning på nikotinets kinetikk – særlig om kroppens opptak av nikotin**

---

### **6.8.1 De første skritt: Undersøkelse av ulike former for nikotin og ulike former for inntak av nikotin**

Industriens forskningsvirksomhet hadde naturlig nok hele veien også en praktisk side mot produksjonen av tobakksvarer. Da man i bransjen etter hvert fikk vitenskapelig innsikt i nikotinets helt sentrale rolle i tobakk, må det således ha fremstått som en selvsagt fortsettelse å se nærmere på hvordan nikotin best kunne leveres til brukeren. I begynnelsen av 1960-årene startet industrien inngående undersøkelser av hvordan nikotin tas opp av tobakksbrukeren, hvordan nikotinet fordeles og omdannes i kroppen og hvordan det skilles ut.<sup>117</sup>

I en sentral forskningsrapport for BAT og Brown & Williamson fra 1963, kalt «The Fate of Nicotine in the Body», redegjøres det for ulike kjemiske former for nikotin og hvilken betydning den kjemiske formen har for kroppens opptak av nikotin.<sup>118</sup> I naturlig tilstand er nikotin en base. I sterkt alkal-

111. Glantz et al 1996 s 63.

112. Glantz et al 1996 s 63 og s 69 og Heyes 1999 s 49.

113. Glantz et al 1996 s 64 og s 72 petit nederst.

114. Glantz et al 1996 s 61 og s 85-87.

115. Glantz et al 1996 s 86.

116. Congressional Record 24. juli 1995.

117. Glantz et al 1996 s 65-68.

118. Glantz et al 1996 s 67. Se også Hurt and Robertson 1998 s 1178 og Associated Press 12. september 1998.



iske (basiske) omgivelser (høy pH-verdi) eksisterer nikotin i en fri-basisk form, det vil si at nikotinet er nøytralt (verken positivt eller negativt ladet) og ikke bundet til andre stoffer. I syremiljø (lav pH-verdi) finnes nikotinet i ionisert form, det vil si ladet. Rapporten slår fast at nikotin i fri-basisk form tas raskest opp i kroppen, og dess raskere nikotinet absorberes, dess sterkere er virkningen i hjernen. I rapporten forklares nærmere resultatene av ulike absorpsjonsstudier. For å kartlegge hvordan nikotin tas opp i kroppen tok forskerne i bruk nikotin med radioaktivt karbon ( $^{14}\text{C}$ ), slik at fordelingen i kroppen kunne følges nøye. Dette var pionérarbeid.<sup>119</sup> Ved å gi kaniner  $^{14}\text{C}$ -nikotin kunne forskerne sammenligne nikotinopptak fra mave-tarmkanalen med nikotinopptak fra lungen. Resultatene var entydige. Absorpsjon fra mave-tarmkanalen gikk langsomt, nikotinet ble i det store og hele brutt ned i leveren og det var lite som kom til hjernen. Opptak i lungen førte derimot til en stor vevsfordeling av nikotinet og det nådde raskt hjernen. Forskningsresultatene ga den vitenskapelige forklaring på hvorfor tobakksprodukter må inhaleres, det vil si at røyken når lungen, eller inntas slik at nikotinet absorberes direkte til blodet gjennom munnslimhinnen, og dermed grunnen til at for eksempel en nikotinpille ikke vil «virke».<sup>120</sup>

#### 6.8.2 Utvikling av «ideelle» mekanismer for levering av nikotin til tobakksbrukeren

Absorpsjonsstudiene (se punkt 6.8.1 ovenfor) ga grunnlag for videre undersøkelser av hvordan nikotin best og mest effektivt kunne leveres tobakksbrukeren. Industrien så på dette som en naturlig del av et arbeid om å gjøre nikotinet tilgjengelig for den tobakksbruker som ønsker nikotintilfredsstillelse. Illustrerende er det således når *William Dunn Jr.* i Philip Morris fremhever at sigaretter egentlig kun er innretninger for levering av nikotin:

«The cigarette should be conceived not as a product but as a package. The product is nicotine. [...] Think of the cigarette pack as a storage container for a day's supply of nicotine. [...] Think of a cigarette as a dispenser for a dose unit of nicotine. Think of a puff of smoke as the vehicle of nicotine. [...] Smoke is beyond question the most optimised vehicle of nicotine and the cigarette the most optimised dispenser of smoke.»<sup>121</sup>

En forskningsrapport for BAT og Brown & Williamson fra 1966, kalt «Further Work on 'Extractable' Nicotine», forklarer at nikotin som base er mer ekstraherbar, det vil si mer løselig i kloroform enn i vann, enn ionisert nikotin i surt miljø.<sup>122</sup> Denne ekstraherbare form for nikotin syntes å virke sterkere på røykeren enn annen nikotin fordi det nådde hjernen raskere.<sup>123</sup> Rapporten forklarer videre hvordan ekstraherbar nikotin også ser ut til å tas opp mer effektivt i munnhulen, slik som ved røyking av pipe eller sigar.<sup>124</sup> Forskerne fant at pH-verdien i pipe- og sigarrøyken var avgjørende for munnhulens evne

119. Glantz et al 1996 s 65 og s 67.

120. Se også Fahs 1996 s 92-93.

121. W. Dunn. Motives and Incentives in Cigarette Smoking, Philip Morris Research Centre, 1971. Sitert etter ASH 1998 s 17-18. Se også Hilts 1996 s 48-52.

122. Glantz et al 1996 s 79.

123. Hurt and Robertson 1998 s 1178 og Associated Press 12. september 1998.

124. Glantz et al 1996 s 80.

til å holde på nikotinet, mens absorpsjonen av nikotinet berodde på spyttets pH-verdi. Ettersom andelen av det ekstraherbare nikotinet var større i et basisk miljø, ville nikotinopptaket altså optimeres ved høy pH-verdi i munnen.

Fra 1970-årene var hele den amerikanske tobakksindustrien seg bevisst hvilken betydning surhetsgraden hadde for overleveringen av nikotin.<sup>125</sup> Dette førte til at pH-forskning ble et hoved-satsningsområde fremover for alle de store selskapene. I et Liggett-notat fra 1971 heter det:

«Increasing the pH of a medium in which nicotine is delivered increases the physiological effect of the nicotine by increasing the ratio of free base to acid salt form, the free base form being more readily transported across physiological membranes.»<sup>126</sup>

I et RJR-notat fra 1973 fremheves også effektene av høy pH-verdi:

«Since the unbound nicotine is very much more active physiologically, and much faster acting than the bound nicotine, the smoke at a high pH seems to be strong in nicotine. Therefore, the amount of free nicotine in the smoke may be used for at least a partial measure of the physiological strength of the cigarette.»<sup>127</sup>

Og i et Lorillard-dokument fra 1978 understrekes pH-verdiens betydning for nikotin-virkningen:

«Furthermore, the cigarette brands which are enjoying the largest sales increase generally have smoke pH's in the 6,5 to 7,0 range. Nicotine in alkaline cigar smoke is more readily absorbed in the lungs and mouth because of the higher concentration of nicotine in the free or unprotonated form.»<sup>128</sup>

Det ble blant annet eksperimentert med og utviklet filtre som skulle fremme det ekstraherbare (baseformen eller det ubundne) nikotinet.<sup>129</sup> Påvirkning av nikotinets pH-verdi ble først og fremst oppnådd ved tilsetningsstoffer i filtrene, for eksempel ved tilsetning av basiske stoffer som ammoniakk og PEI (polyetylenimin). Ammoniakk i baseform har spilt – og spiller den dag i dag – en spesielt sentral rolle som pH-påvirkende stoff, både i sigarettfiltre og i selve tobakken.<sup>130</sup> Ammoniakk brukes for eksempel i ledende merker som Marlboro (Philip Morris), Camel (RJR), Winston (RJR) og Kool (Brown & Williamson). Enkelte representanter fra tobakksindustrien hevder riktignok at ammoniakk kun blir tilsatt eller skapt av smaksmessige grunner.<sup>131</sup> Ammoniakk rea-

125. Associated Press 29. januar 1998, New York Times 23. februar og 13. mars 1998 og Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 548-550.

126. Williams RL, Development of a cigarette with increased smoke pH. Liggett, December 16, 1971. (Minnesota Trial Exhibit 11.903).

127. Woods JD, Harlee GC, Historical review of pH data and sales trends for competitive brand filter cigarettes. RJR, May 10, 1973. (Minnesota Trial Exhibit 12.387).

128. Ihrig AM, pH of particulate phase. Memo to C.L. Tucker, Jr., Lorillard, February 8, 1973. (Minnesota Trial Exhibit 10.095).

129. Glantz et al 1996 s 81 og s 83 og Hurt og Robertson 1998 s 1178.

130. Kessler 1994, Fahs 1996 s 24-26, Hiltz 1996 s 52-53, Kluger 1996 s 549 og s 744-745, Hurt and Robertson 1998 s 1179, Pringle 1998 s 112, Associated Press 9. februar 1998, Chicago Tribune 9. februar 1998, New York Times 23. februar 1998, New York Times 13. mars 1998, Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 549 og Davis and Nielsen 1999 s 270-271.

131. Se for eksempel Associated Press 31. mars 1998.

gerer med sukker og vil visstnok kunne ha en gunstig smaksmessig effekt. Men ammoniakk har ikke bare denne virkning, og industriens interne dokumenter viser at ammoniakk tilsettes spesielt på grunn av sin forsterkende effekt på nikotinopptaket hos brukeren.<sup>132</sup>

Oppdagelsen av at nikotinvirkningen kunne forsterkes var noe av det mest banebrytende som forskningen avdekket for industrien. Dette betydde nemlig at det var mulig for tobakksselskapene å påvirke forholdet mellom nikotinmengde og nikotinvirkning. Eller sagt på en annen måte: Det var *ikke* slik, som man tidligere hadde trodd, at til en gitt mengde nikotin i tobakksblandingen svarer en bestemt nikotinvirkning. Tvert imot; den samme mengde nikotin kan ved ulike former for påvirkning gi tobakksbrukeren en *varierende* dose eller virkning. Med denne oppdagelsen var grunnlaget lagt for en avansert teknologi som kunne benyttes til fordel for industrien overfor så vel myndigheter som forbrukere.<sup>133</sup> Ettersom myndighetenes målemetoder ikke tok hensyn til nikotinets kjemiske form, kunne tobakksselskapene redusere nikotinmengden og samtidig beholde eller endog forsterke nikotinvirkningen.

Allerede i 1963 ble det fra BATs forskningsavdeling fremhevet at nikotinnivået i selskapets sigaretter på ingen måte var tilfeldig og at selskapet kunne påvirke nikotinnivået slik selskapet måtte ønske:

«[The level of nicotine in our cigarettes] was not obtained by accident...we can regulate, fairly precisely, the nicotine and sugar levels to almost any desired level management might require.»<sup>134</sup>

I et Liggett-notat fra 1971 heter det at pH-forskningen har som målsetning å redusere nikotinmengden, men samtidig forsterke nikotinvirkningen:

«Increasing the pH of a medium in which nicotine is delivered increases the physiological effect of the nicotine by increasing the ratio of free base to acid salt form, the free base form being more readily transported across physiological membranes. We are pursuing this project with the eventual goal of lowering the total nicotine present in smoke while increasing the physiological effect of the nicotine which is present, so that no physiological effect is lost on nicotine reduction.»<sup>135</sup>

Etter hvert ble det innen industrien utviklet en rekke avanserte mekanismer for effektivisering og forsterking av nikotinavgivelsen i tobakksprodukter. Disse mekanismene kunne bestå i særskilte tobakksblandinger, herunder ulike grader av tetthet, samt variasjoner i sigarettstørrelse, filtrering, ventilasjon, papirporøsitet og tilsetningsstoffer.<sup>136</sup> Et RJR-dokument fra 1973 regner opp en del av metodene:

«Methods which may be used to increase smoke pH and/or nicotine «kick» include: (1) increasing the amount of (strong) burley in the

132.Se for eksempel Brown & Williamson's håndbok for tobakksblandinger: Root Technology. A Handbook for Leaf Blenders and Product Developers, February 1991, især i håndbokens forord og på s 17-18.

133.Associated Press 12. september 1998.

134.Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 51.

135.Williams RL, Development of a cigarette with increased smoke pH. Liggett, December 16., 1971. (Minnesota Trial Exhibit 11.903).

136.Hurt and Robertson 1998 s 1176.

blend, (2) reduction of casing sugar used on the burley and/or blend, (3) use of alkaline additives, usually ammonia compounds, to the blend, (4) addition of nicotine to the blend, (5) removal of acids from the blend, (6) special filter systems to remove acids from or add alkaline materials to the smoke, and (7) use of high air dilution filter systems. Methods 1–3, in combination, represent the Philip Morris approach, and are under active investigation.»<sup>137</sup>

Et problem med nikotin i baseform er dets tendens til å irritere og skade røykerens luftveier (nese, hals og lunger). Dokumenter viser at industrien tidlig ble kjent med at denne irritasjonen av luftveiene kunne føre til kroniske skader på lungene, og det ble satt i gang flere forskningsprosjekter for nærmere å forstå årsakene til og for å dempe disse virkningene.<sup>138</sup> Tobakksindustrien synes å ha vært spesielt opptatt av å finne metoder som på den ene side kunne redusere irritasjonsfølelsen hos røykeren, men som på den annen side ville tilfredsstille røykerens behov for nikotin.

For eksempel tilsatte Brown & Williamson i sine sigaretter, i hvert fall fra slutten av 1970-årene, stoffet eugenol.<sup>139</sup> Eugenol utvinnes fra kryddernellik, og er et stoff med lokalbedøvende virkning. På grunn av sin bedøvende virkning vil sigarettøyken kunne rive mindre i halsen slik at røykeren kan inhalere ordentlig. Noe av den samme dempende effekt kan også skapes ved bruk av ulike fuktighetsstoffer i tobakksblandingen. For eksempel tok Philip Morris så tidlig som i 1930-årene, og senere også Brown & Williamson, i bruk dietylenglykol (DEG, bedre kjent som frysepunktsenkende tilsetningsstoff i kjølevæske) for å mildne sigarettøyken.<sup>140</sup> Men denne type lindrende tilsetningsstoffer gjør neppe sigaretten mindre farlig, snarere tvert imot.

BAT fant i 1990 en metode for å kontrollere hvordan nikotinet fra en sigarett under forbrenning blir gitt brukeren.<sup>141</sup> Metoden går ut på at man under produksjonsprosessen varmer opp en tobakksblanding som er tilsatt flytende karbondioksid. Karbondioksiden går dermed over i gassform og dette får en ekspansjonseffekt på tobakksblandingen. Ved den forbrenning som finner sted ved røyking, viser det seg at nikotinet fra denne «oppblåste» tobakken avgis mer gradvis enn i en tobakksblanding som ikke har gjennomgått en slik behandling med karbondioksid. Denne gradvise nikotinavgivelsen gir igjen en mildere og mindre irriterende sigarettøyk for røykeren.

## 6.9 Ytterligere rendyrking av nikotinet i tobakk

---

### 6.9.1 Innledning

Nikotinforskningen hadde etter hvert to sider. For det første var industrien opptatt av å finne og utvikle metoder for å optimalisere leveransen av nikotin til brukeren. Dette er temaet her. For det andre ønsket industrien å redusere

137. Teague CE, Implications and activities arising from correlation of smoke pH with nicotine impact, other smoke qualities, and cigarette sales. RJR, 1973. (Minnesota Trial Exhibit 13.155).

138. Glantz et al 1996 s 79 og s 115-117.

139. Glantz et al 1996 s 219-220.

140. Glantz et al 1996 s 223-225.

141. Associated Press 12. september 1998.

de helsemessige skadevirkninger som var forbundet med forbrenningsstoffene som følger med nikotinet i tobakk, gjerne kalt tjærestoffene. Industriens forsøk på å finne frem til et helsemessig bedre tobakksprodukt, vil bli tatt opp særlig i punkt 6.11 nedenfor.

### 6.9.2 Fremstilling av en egen nikotinplante

I midten av 1970-årene satte BAT og Brown & Williamson i gang et storstilt prosjekt for å skape en tobakksplante som var spesielt rik på nikotin.<sup>142</sup> Den opprinnelige tanke bak prosjektet var å utvikle et tobakksprodukt som kunne ta opp konkurransen med Philip Morris' salgssuksess med Marlboro. BAT og Brown & Williamson fant imidlertid prosjektet så vellykket at den nye tobakksplanten etter hvert ble dyrket og brukt i tobakksprodukter over hele verden.

Prosjektet ble innledet ved at tobakksgenetikere i USA gjennom krysning av tobakksplanter lyktes å dyrke frem et tobakksblad som inneholdt dobbelt så mye nikotin som et vanlig tobakksblad. To av disse plantelinjene dannet sporer som ble kalt henholdsvis Y-1 og Y-2 inntil Y-1 til slutt fortrente den andre. I 1983 ble de to plantelinjene fjernet fra markene i Virginia og undergitt genmanipulering ved forskningslaboratoriet DNA Plant Technology (DNAP). Det endelige resultatet ble en tobakksplante som inneholdt mer enn dobbelt så mye nikotin som andre tobakksplanter – hele 6 % – og som var mer motstandsdyktig mot sykdom og skade.<sup>143</sup> Samtidig syntes den genmanipulerte tobakken (Y-1-tobakken) å gi mindre tjæreinhold ved forbrenning enn annen råtobakk.

Prosjektet ble utvidet til et verdensomspennende nettverk drevet frem av Brown & Williamson og koordinert av BAT i London. Y-1-pollen ble gitt kode-nummer og sendt fra USA til Canada, Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Honduras, Nicaragua, Venezuela, Tyskland, Nigeria, Zimbabwe og Pakistan.<sup>144</sup> Plantasjer i den sørlige del av Brasil overtok etter hvert hovedproduksjonen av Y-1-planter. I løpet av siste halvdel av 1980-årene ble Y-1-produkter sendt til markedstesting i England, Frankrike, Finland, Norge, Sveits, Tyskland, Malaysia og Australia.<sup>145</sup>

Et problem i 1980-årene var at Y-1-tobakken hadde for høyt nikotininnhold til å kunne brukes i «light»-produkter. Dermed var en betydelig del av sigarettmarkedet uaktuelt. For BAT kom løsningen i 1990 da BATs laboratorium i Southampton ved bruk av karbondioksid utviklet en ekspansjonsprosess som skapte en mildere sigaretttrøyk i Y-1-produktene. (Proessen er kort beskrevet i slutten av punkt 6.8.2 ovenfor). I 1990-årene er Y-1-tobakk blitt benyttet i sigarettmerker som Lucky Strike Plains, Prime, Private Stock, Raleigh 100s, Raleigh Lights King Size, Richland King Size, Richland Lights King Size, Summit, Viceroy King Size og Viceroy Lights King Size.<sup>146</sup>

I mars 1994 begynte FDA å undersøke nærmere Brown & Williamsons Y-1-prosjekt.<sup>147</sup> I januar 1997 ble det tatt ut tiltale mot DNA Plant Technology

142.Kessler 1994, Fahs 1996 s 19-24, Associated Press 12. september 1998 og Pringle 1998 s 94-95 og s 107-111.

143.Associated Press 8. februar 1998 og Pringle 1998 s 108-109.

144.Associated Press 8. januar 1998, 10. februar 1998 og 12. september 1998.

145.Associated Press 12. september 1998.

146.Kessler 1994, Fahs 1996 s 24 og Associated Press 19. februar 1998.

for å ha konspirert med tobakksindustrien om å skape en nikotinplante og for å ha brutt eksportlovgivningen.<sup>148</sup> Dette er visstnok den eneste siktelsen som er blitt reist i forbindelse med Justisdepartementets store strafferettslige etterforskning av tobakksindustriens aktiviteter.<sup>149</sup> En talsmann for Brown & Williamson har tidligere uttalt at selskapets anvendelse av Y-1-tobakk ville opphøre når lagrene var brukt opp. Hvis dette er fulgt opp, bør Y-1-tobakken ha gått ut av bruk i hvert fall i løpet av 1999.<sup>150</sup>

### 6.9.3 Utvikling av teknologi for å endre forholdet mellom nikotin og tjære

Philip Morris innledet tidlig i 1970-årene et arbeid med å gjøre nikotinvirkningen av «light»-produkter så effektiv og stimulerende for brukeren som mulig.<sup>151</sup> Forskere for Philip Morris oppdaget i 1972 at nikotin i sin naturlige tilstand i tobakksplanten og tjære ved forbrenning eksisterer i et bestemt forhold til hverandre. Dette forholdstallet er på ca 0,07, det vil si at for 100 deler tjære ved forbrenning av tobakksbladet, finnes omkring 7 deler nikotin. Denne oppdagelsen synliggjorde for Philip Morris at det ikke var uproblematisk å redusere tjæreinneholdet i «light»-produkter, fordi det med dette også fulgte en ikke ubetydelig reduksjon av nikotinmengden. På denne bakgrunn ble det satt i gang – for det første – en meget avansert laboratorieforskning på hvordan det relative forholdet mellom det naturlige nikotin og tjære kunne brytes, og – for det andre – på hvilket forholdstall som var det mest ideelle å ta i bruk. Med utgangspunkt i Philip Morris' suksessmerke Marlboro begynte selskapets forskere i begynnelsen av 1970-årene å teste ut på et panel av frivillige røykere sigaretter som på den ene side ga en gradvis *reduksjon* i tjæreinnehold og på den annen side en gradvis *økning* i nikotininnhold.

«We are initiating a study of the effect of systematic variation of the nicotine/tar ratio upon smoking rate and acceptability measures. Using Marlboro as a base cigarette we will reduce the tar delivery incrementally by filtration and increase the nicotine delivery incrementally by adding a nicotine salt. All cigarettes will be smoked for several days each by a panel of 150 selected volunteers.»<sup>152</sup>

«[Our goal] is to determine optimal nicotine/tar ratios for cigarette acceptability of relatively low delivery cigarettes.»<sup>153</sup>

Gjennombruddet for Philip Morris kom i 1974. Selskapets forskere lyktes da å bryte det naturlige relative forholdet mellom nikotin og tjære. Forskerne kom i første omgang til at en «light»-sigarett som ga et forholdstall mellom nikotin og tjære på 0,12 (1:12), ville gi «light»-røykeren den subjektivt samme tilfredsstillelse som Marlborosigaretter gir Marlboro-røykeren.<sup>154</sup> Riktignok

147.Mollenkamp et al 1998 s 110-111.

148.Associated Press 8. januar 1998 og The Independent 8. januar 1998.

149.Om denne siktelsen og generelt om den strafferettslige etterforskning av den amerikanske tobakksindustri, se blant annet Bergman and Zill 1998, Associated Press 8. januar 1998 og New York Times 26. september 1999.

150.Associated Press 19. februar 1998.

151.Congressional Record 31. juli 1995.

152.P. A. Eichorn and W. L. Dunn, «Quarterly Report of Projects 1600 and 2302», Dec. 31, 1970. (Congressional Record 31. juli 1995).

153.Memorandum on «Plans for 1972», from W. Dunn et al. To P. A. Eichorn, Sept. 8, 1971. (Congressional Record 31. juli 1995).

hadde man tidligere klart å lage et «light»-produkt som for «light»-røykeren syntes å være like stimulerende som Marlboro er for Marlboro-røykeren. Gjennombruddet i 1974 besto imidlertid i at man nå klarte å *kombinere* tilgjengelighet for brukeren med øket nikotinstyrke.

Ledelsen i Philip Morris så med stor interesse på dette, og det ble satt i gang nærmere studier av hvor på nikotin/tjære-skalaen det optimale forholdstall lå for «light»-brukeren. Det ble i forskningsøyemed laget tre typer av sigaretter som alle ga et tjærenivå på 10 mg pr sigarett, men som hadde ulik nikotinstyrke. Nikotinnivået ble påvirket ved tilsetning av et nikotinsalt. Disse sigarettene ble så testet ut på flere hundre frivillige røykere. Resultatene viste at det optimale forholdstall mellom nikotin og tjære i «light»-produktene lå på omkring 0,10 (1:10). Forskere for Philip Morris fant altså at ved å holde tjærenivået konstant på den ene side, og ved å øke nikotinnivået med om lag 40 % i forhold til tobakksplantens naturlige nivå på den annen side, så fikk man en «light»-sigarett som bedre dekket røykerens nikotinbehov.

«In this study we will make three 10 mg tar cigarettes with N/T ratios of 0.07, .10, and .13 insuring that tar is constant over cigarettes and a Marlboro control. From this test, we will be able to determine: (1) whether we can reliably make full flavored cigarettes in the 10 mg range; and (2) whether a relatively high N/T ratio is essential to do so.»<sup>155</sup>

«This study provides evidence that the optimum nicotine to tar ratio for a 10 mg tar cigarette is somewhat higher than that occurring in smoke from natural state of tobacco. [T]he experimental cigarette with the moderate level of nicotine addition was rated higher in acceptability than the proportional reduction cigarette and equal to the Marlboro control.»<sup>156</sup>

Data fra *the Federal Trade Commission* (FTC), som fra 1968 har registrert opplysninger om nikotin- og tjærenivå fra sigaretter, tyder på at Philip Morris gjorde bruk av sin teknologi i kommersielle sigaretter. For eksempel viser FTC's data at sigarettmerket Benson & Hedges i 1968 hadde et forhold mellom tjære og nikotin på 0,06. Etter 1978 øker imidlertid nikotinandelen i Benson & Hedges. For eksempel er forholdstallet i 1979 på 0,10, i 1981 på hele 0,20 og i 1983 tilbake til 0,11. I 1984 og 1985 var nikotinnivået i Benson & Hedges tilbake til det naturlige forholdstall 0,07, uvisst av hvilken grunn. Etter 1985 finnes det ikke data fra FTC på Benson & Hedges. På bakgrunn av disse fluktuasjonene er det rimelig å reise spørsmål om de kan ha naturlige årsaker. Dette spørsmålet er undersøkt av dr. Lynn Kozlowski ved Penn State University, og han avviser at de økte forholdstall mellom nikotin og tjære i Benson & Hedges kan skyldes tilfeldige variasjoner i naturen. Hans analyse viser at sjansen for dette er mindre enn 1:100 000.<sup>157</sup> Et annet eksempel er Merit Ultra

154.«Behavioral Research Annual Report, Part II», approved by T. S. Osden and distributed to H. Wakeham et al. November 1, 1974. Reprinted in 141 Congressional Record at H765862 daily edition. July 25, 1995.

155.«Behavioral Research Annual Report, Part II», approved by T. S. Osden and distributed to H. Wakeham et al. November 1, 1974. Reprinted in 141 Congressional Record at H765862 daily edition. July 25, 1995.

156.«Low Delivery Cigarettes and Increased Nicotine/Tar Ratios, A Replications», approved by William L. Dunn and distributed to H. Wakeham et al. Oct. 1975. (Congressional Record 31. juli 1995).

Lights, som ifølge FTC's data hadde et forholdstall mellom nikotin og tjære på 0,10 i perioden 1988–1993.<sup>158</sup>

#### 6.9.4 Det er uklart hvorvidt ekstra nikotin tilsettes i sigaretter

I en utgave av det amerikanske nyhetsprogrammet «Day One» den 28. februar 1994 gjorde American Broadcasting Companies, Inc. (ABC) gjeldende at tobakkselskapet Philip Morris tilsetter ekstra nikotin i sine produkter for å forsterke nikotineffekten.<sup>159</sup> Ifølge reportasjen skjer dette gjennom en komplisert tilvirkningsprosess hvor nikotinet først ekstraheres fra tobakksråvaren, for så å blandes inn igjen etter å ha gjennomgått en særskilt behandling, såkalt «reconstituted tobacco».

ABC har i forbindelse med det etterfølgende søksmål fra Philip Morris utdypet prosessen nærmere.<sup>160</sup> Ifølge ABC innledes prosessen ved at tobakksfibre fra tobakksbladet legges i bløt i en egen nikotinholdig væske («rich brown water»). Gjennom denne bløtleggingen skilles nikotin og andre bestanddeler fra bladfibrene hvorefter nikotinet kan trekkes ut i konsentrert form gjennom en traktering etter filterkaffeprinsippet. I henhold til ABC blandes så dette ekstraherte nikotinet sammen med nikotin fra andre tobakksråvarer, for eksempel fra stilker og biter som er blitt til overs fra den tidligere tørke- og lagringsprosessen (se punkt 6.1 ovenfor) samt fra helt annen tobakk. Til slutt tilsettes dette nikotinet den tobakksblandingen som brukes i sigarettproduksjonen.

Philip Morris har på det sterkeste tilbakevist at den forsterker nikotininnholdet i sine produkter gjennom en slik prosess, og anla etter programmet et 10 milliarder-dollar-ærekrenkelsessøksmål mot ABC.<sup>161</sup> Sommeren 1995 ble saken forlikt idet ABC gikk med på offentlig å dementere de fleste av sine påstander samt å dekke Philip Morris' advokatutgifter. ABCs journalist i saken, John Martin, og produsenten, Walt Bogdanich (tidligere tildelt Pulitzer-prisen), fremholdt imidlertid fra første stund at deres reportasje var korrekt og nøyaktig, og nektet å underskrive på dementiet.<sup>162</sup>

I ettertid har ABC uttalt at deres unnskyldning overfor Philip Morris ikke tilbakeviser alt materiale som ABC fremla under søksmålet til støtte for sine påstander.<sup>163</sup> Det kan på denne bakgrunn synes uklart om ABC bare ikke hadde tilstrekkelige beviser for sine påstander, om kun deler av reportasjen var overdrevet eller uriktig eller om alle ABC's påstander var uriktige.<sup>164</sup>

157.Congressional Record 31. juli 1995.

158.Congressional Record 31. juli 1995.

159.The Legal Times 15. januar 1996, Kluger 1996 s 742-743 og Sullum 1998a s 228-230.

160.Philip Morris Companies, Inc. and Philip Morris Incorporated (plaintiffs) v. American Broadcasting Companies, Inc., John Martin and Walt Bogdanisch (defendants) at law no. 760CL94X00816-00, Richmond Circuit Court. Defendants' Memorandum in Support of Summary Judgment.

161.The Legal Times 15. januar 1996 og Kluger 1996 s 743-744.

162.Nader and Smith 1996 s 114.

163.The Legal Times 15. januar 1996.

164.Se inngående om dette, Hilts 1996 s 113-120.



### 6.10 Studier av kompenseringseffekter hos røykeren ved røyking av «light» sigaretter

---

Kompensering betegner den tendens røykere har til å intensivere sin røyking dersom nikotininnholdet i sigaretten reduseres. Det viser seg nemlig at etablerte røykere som går over til mildere produkter mer eller mindre ubevisst tilpasser sin røyking for å oppnå den tilvante nikotindose og tilfredsstillelse som kroppen forventer.<sup>165</sup> Intensivering av røykemønsteret finner dels uttrykk i en økning av antall sigaretter per dag, og dels i måten sigarettene røykes på, for eksempel ved endring av inhalasjonsvolum og -dybde, inhalasjonslengde og inhalasjonshyppighet.<sup>166</sup> Legevitenskapen ble kjent med dette i begynnelsen av 1980-årene.<sup>167</sup>

Tobakksindustrien var klar over kompenseringsfenomenet i hvert fall omkring midten av 1970-årene, og dokumentene viser at det ble viet oppmerksomhet.<sup>168</sup> For eksempel viser et dokument fra Philip Morris fra 1975 at selskapet gjennomførte undersøkelser av hvordan Marlboro Lights ble røyket, og at selskapet konstaterte at forsøkspersonene ikke inhalerte reduserte mengder sigaretttrøyk i forhold til inhalasjonsmengden ved røyking av vanlige sigaretter:

«Marlboro Lights cigarettes were not smoked like regular Marlboros. In effect, the Marlboro 85 smokers in this study did not achieve any reduction in smoke intake by smoking a cigarette (Marlboro Lights).»  
169

Industriens forskere har siden 1970-årene arbeidet med å redusere overføringen av tjærestoffer til røykeren særlig ved å påvirke *forbrenningsprosessen* i «light»-sigarettene. Røyk fra «light»-sigaretter inneholder således ikke nødvendigvis mindre tjære og nikotin i utgangspunktet.<sup>170</sup> Påvirkning av forbrenningsprosessen blir oppnådd dels ved ulike ventilasjonsinnretninger i sigaretten, dels ved en økning av sigarettens forbrenningshastighet.<sup>171</sup> For eksempel skal små hull i sigarettfiltret sørge for en ventilering av karbonmonoksid og en uttynning av tjære og nikotin, mens en raskere forbrenning av sigaretten fører til færre inhalasjoner – i hvert fall i teorien. Øket forbrenningshastighet blir skapt ved mindre tetthet i tobakksblandingen, porøst papir og ved tilsetning av kjemikalier.<sup>172</sup>

Begge virkemidlene slår gunstig ut på *the U.S. Federal Trade Commission's* (FTC) maskinmålinger av tjære- og nikotingehalten i sigaretter som forbrennes. Begge virkemidlene viser seg imidlertid også å gi røykeren mulighet

165.Jf punkt 4.4.2 ovenfor.

166.Se for eksempel Kozlowski 1981, Kluger 1996 s 746 og Jarvis and Bates 1998 s 3.

167.Glantz et al 1996 s 87 med henvisninger.

168.Glantz et al 1996 s 87-91, s 137 og s 142 og Pringle 1998 s 106-107.

169.L. F. Meyer, Inter-office memorandum to B. Goodman, Philip Morris USA, 1975, 17 September. (Minnesota Trial Exhibit 11,564). Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 53-54.

170.Se blant annet Benowitz et al 1983 s 139-140 og Jarvis and Bates 1998 s 3. Muligens er det noe mindre tjærestoffer og nikotin i røyken fra «ultra low»-sigaretter, se Benowitz et al 1986.

171.Kluger 1996 s 452-455.

172.Om de ulike virkemidlene for å påvirke sammensetningen av sigaretttrøyken, se mer inngående blant annet Davis and Nielsen 1999 kapittel 11B. Se også punkt 2.4.1 ovenfor.

til å svekke eller helt å eliminere den antatte reduksjonsvirkningen. De perforerte filtrene vil nemlig stort sett blokkeres av røykerens fingre eller lepper, enten dette er røykerens mening eller ikke. Hvis ventilasjonshullene dekkes, kan visstnok full kompensering i forhold til en vanlig sigarett oppnås ved bare én ekstra inhalasjon.<sup>173</sup> Også delvis blokkering av ventileringen kan forsterke sigarettvirkningen betydelig.<sup>174</sup> Nikotindosen fra de hurtigbrennende sigarettene kan av røykeren forsterkes ved ett eller to ekstra drag på slutten av sigaretten eller generelt ved dypere og mer intense inhalasjoner.<sup>175</sup> Det ser ut til at de fleste røykere av «light»-sigaretter er ukjent med ventileringssystemet og/eller betydningen av å blokkere hullene i filteret.<sup>176</sup>

Tobakksindustriens mekanismer for å redusere tjære- og nikotintilførselen til brukeren har med dette like til i våre dager kunnet kombinere lave FTC-målinger med optimale kompenseringsmuligheter for røykeren.<sup>177</sup> I hvilken grad dette fra første stund har vært tilsiktet fra tobakksindustriens side, er ikke avklart. Det finnes dokumenter, for eksempel fra BAT fra 1984, som kan tyde på at tobakksselskapene ikke var fremmed for tanken om å legge forholdene til rette for at røykere skulle kunne justere sin røyking om de så ønsket:

«Irrespective of the ethics involved, we should develop alternative designs (that do not invite obvious criticism) which will allow the smoker to obtain significant enhanced deliveries should he so wish.»<sup>178</sup>

Det er i hvert fall på det rene at den amerikanske tobakksindustrien lenge har kjent til kompenseringsfenomenet og at den verken har informert myndigheter eller forbrukere om betydningen av filterventilering eller farene ved å blokkere hullene i filteret.<sup>179</sup> Ofte er hullene i filteret nesten usynlige for det blotte øye.<sup>180</sup> Riktignok er tobakksindustrien tilbakeholden med eksplisitt å markedsføre «light»-produktene som helsemessig bedre, men i navnet – «light», lavt tjæreinnhold osv – ligger en klar hentydning om at produktene er mindre farlige, og industrien vet at forbrukerne legger vekt på dette. Det er imidlertid grunn til å påpeke at verken tobakksselskapene eller legevitenskapen har kunnet påvise noen nevneverdig forskjell mellom «light» og vanlige tobakksprodukter hva angår helseskader.<sup>181</sup> Den helsemessige fordel

173.Kozlowski et al 1996 s 269 med nærmere henvisninger.

174.MMWR 1997 s 1046.

175.Se blant annet Kozlowski 1981 og Jarvis and Bates 1998 s 4-5.

176.Kozlowski et al 1996.

177.Wilkenfiled et al 2000.

178.BAT Co. R&D views on potential marketing opportunities. 12th September 1984. (Minnesota Trial Exhibit 11,275).

179.Kozlowski 1980 s 1551 mener at man innen tobakksselskapene så tidlig som i 1958 var klar over at blant annet slik som inhalasjonshyppighet hadde stor betydning for mengdeangivelser av tjærestoffer og nikotin i sigaretttrøyk.

180.Kozlowski et al 1996 s 269 med henvisninger.

181.Se blant annet Djordjevic et al 2000 og The Royal College of Physicians 2000. Se også punkt 2.4.3 og punkt 4.4.2 ovenfor. En undersøkelse av Benowitz et al i midten av 1980-årene kom riktignok til at røyken fra «ultra low»-sigaretter syntes å ha et lavere tjære- og nikotininnhold enn de vanlige «light»-sigarettene (Benowitz et al 1986). Men «ultra low»-sigarettene var markedsført som nærmest tjærefri («tar free»), og sigaretttrøyken inneholdt, ifølge Benowitz et al, tross alt betydelige mengder tjærestoffer.

ved å røyke dagens ulike former for «light» sigaretter ser således ut til å være ytterst marginal.

Svakhetene ved de målingstester som man har hatt i bruk til i dag, er at det er så mange måter å påvirke nikotindosen på at man vanskelig kan tale om bestemt definerte doser. Dertil viser det seg at det mekaniske røykemønstret som FTCs (og ISOs) målemaskin følger, ikke tar høyde for røykekompenseringsfenomenet slik at røykere av «light»-sigaretter får i seg inntil dobbelt så mye nikotin og tjærestoffer som det som angis på pakningene.<sup>182</sup>

Det finnes i hovedsak to internasjonale hovedstandarder for måling av nikotin- og tjærestoffer i sigaretttrøyk; målemetoden til The U.S. Federal Trade Commission (FTC) og målemetoden til The International Standards Organization (ISO). Bortsett fra noen mindre detaljer, er de to målemetodene i det store og hele like.<sup>183</sup> Begge metodene baserer seg på en røykemaskin som «inhalerer» sigaretttrøyk i henhold til et forhåndsinnstilt inhalasjonsvolum, -dybde og hyppighet.

Flesteparten av dagens røykere (over 70 %) røyker en eller annen form for «light»-sigaretter.<sup>184</sup> I dag har også de fleste sigarettmerker en grad av filterventilering, ikke bare «light»-produktene.<sup>185</sup> FTC har siden 1997–1998 arbeidet med å finne frem til bedre og mer pålitelige målingsmetoder.<sup>186</sup> FTC har dessuten foreslått at det må settes i gang kunngjøringskampanjer for å advare forbrukerne mot å basere seg på nikotin- og tjæreangivelsene på sigarettpakningene.

## 6.11 Forsøkene på å identifisere og å fjerne de helseskadelige stoffene i tobakk

---

### 6.11.1 Innledning

Mens tobakksindustriens forskning på den ene side aksentuerte og klargjorde nikotinetts fundamentale betydning i tobakksprodukter, satte den på den annen side søkelys på helsefarer ved bruk av tobakk. Nikotin kan i seg selv være farlig for brukeren, men hovedproblemet var og er omfanget av skadelige stoffer som følger med nikotinet ved bruk av tobakksprodukter.

Tobakksselskapene var fra slutten av 1950-årene klar over at tobakksbruk kunne være helseskadelig, herunder kreftfremkallende.<sup>187</sup> Spørsmålet man en tid reiste innen industrien, var hvordan man kunne skape et produkt som effektivt ga nikotin til brukeren uten også å tilføre en rekke andre helseskadelige stoffer. Tobakksselskapenes engasjement på dette område var motivert av

---

182. Djordjevic et al 2000, Washington Post 18. januar 2000, Yahoo Finance 18. januar 2000 og Time Daily 19. januar 2000.

183. Davis and Nielsen 1999 s 357 og s 399 og Health Education Authority 1999 s 9.

184. BBC News On-Line 17. mai 1999 og Health Education Authority 1999 s 4.

185. MMWR 1997 s 1044.

186. MMWR 1997 s 1047, Jarvis and Bates 1998 s 5 og Time Daily 19. januar 2000. Se også de to FTC-rapportene fra høsten 1999: «Tar, Nicotine, and Carbon Monoxide of the Smoke of 1,262 Varieties of Domestic Cigarettes For the Year 1996» og «Tar, Nicotine, and Carbon Monoxide of the Smoke of 1,252 Varieties of Domestic Cigarettes For the Year 1997».

187. Se blant annet Hiltz 1996 kapittel 3 og Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 524-529 og s 557-558.

markedets helsebevissthet og av konkurransen mellom selskapene. Selv om det mellom selskapene alltid har vært et visst samarbeid, er konkurransen i tobakksbransjen meget skarp. Markedets helseorientering fra 1960-årene skapte en konstant bekymring i tobakksselskapene for hva slags utspill og produktlanseringer konkurrentene kunne komme med, og det ble påkrevd å være forskningsmessig på høyden.

Allerede i 1954 fremhevet Liggetts forskningssjef at selskapet ville gjøre store fremskritt hvis man bare klarte å fjerne de kreftfremkallende stoffene i sigarettøyken:

«...if we can eliminate or reduce the carcinogenic agent in smoke, we will have made real progress.»<sup>188</sup>

Et notat fra konsultasjonsfirmaet Hill & Knowlton, en gang fra 1950-årene, siterer en av tobakksadvokatene idet han fabulerer om hvilken markedsdominans man kunne få hvis man fant frem til en kreftufarlig sigarett:

«Boy! Wouldn't it be wonderful if our company was first to produce a cancer-free cigarette. What we could do to the competition.»<sup>189</sup>

En ledende forsker i Philip Morris slo fast i 1958 at mye tyder på at tobakk kan forårsake kreft: I fortsettelsen antar han at det tobakksselskap som først klarer i vesentlig grad å redusere skadevirkningene av nikotin og tjærestoffer, vil erobre markedet:

«Evidence is building up that heavy smoking contributes to lung cancer. [I recommend an] all-synthetic aerosol to replace tobacco smoke, if necessary...I know this sounds like a wild programme, but I'll bet that the first company to produce a cigarette claiming a substantial reduction in tars and nicotine, or an ersatz cigarette whose smoke contains no tobacco tars, and with good smoking flavor, will take the market.»<sup>190</sup>

Grovt sett kan tobakksindustriens forskning på dette område deles i to; for det første forsøk på å identifisere helseskadelige stoffer i tobakk, og for det andre forsøk på å gjøre noe med disse giftstoffene. Begge deler skulle vise seg å bli ytterst kompliserte foretak.

#### **6.11.2 Undersøkelser for å identifisere de helseskadelige stoffene i tobakk**

Man finner i dokumenter så langt tilbake som fra 1957 spor av tobakksbransjens forskning for å identifisere helseskadelige stoffer i tobakk, særlig mulige kreftfremkallende stoffer.<sup>191</sup> Selv om industrien utad fremholdt at tobakksprodukter ikke var helsefarlige, viser dens forskningsaktivitet at den tok helsespørsmålet alvorlig. Fremfor alt var industrien utover 1950- og 1960-årene opptatt av å få klarhet i om sigarettøyking kunne forårsake lungekreft. Spørsmålet ble tatt opp på flere store internasjonale konferanser innen tobakksindustrien i denne tiden. Disse interne konferansene styrket samar-

188.Frederick Darkis, Minutes of a meeting of Liggett scientists, March 29, 1954. Sitatet er hentet fra Kluger 1996 s 165.

189.Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 50.

190.Sitatet er hentet fra Hiltz 1996 s 26.

191.Glantz et al 1996 s 109-110.

beidet mellom selskapene, både i inn- og utland, og for forskningen var konferansene et meget viktig forum for diskusjon og informasjonsutveksling. På en slik internasjonal forskningskonferanse i Southampton, England, i 1962, forklarte en av BATs ledende forskere, *Sir Charles Ellis*, at BAT hadde til hensikt fremover å studere og finne årsakene til røykernes luftveisirritasjon med det formål og gjøre sigaretter mindre farlige.<sup>192</sup>

«The Board recognises that this problem [the smoking and health issue] must be tackled from two sides, the first being medical research on the origin of lung cancer and bio-assay on the biological effects of smoke, and the second being the composition of smoke and the possibilities of modifying it.»<sup>193</sup>

«Some smoke is irritating, smoker's cough is a reality, and it cannot be good for health to cause this irritation whether or not this irritation has any effect on the incidence of lung cancer. [...] Once we have solved the problem of establishing a quantitative test progress in identifying irritating components will be rapid. Whether the removal will be easy is another question, but to identify them will be a good first step.»<sup>194</sup>

For å bestemme innholdet og mengden av stoffer i sigaretttrøyk tok tobakksindustriens forskere i bruk en fysisk-kjemisk analysemetode (gasskromatografi). Philip Morris' forskere synes å ha ligget spesielt langt fremme på dette felt. Allerede i 1961 skrev en av Philip Morris' ledende forskere at R&D (Research & Development) hadde identifisert 42 kreftfremkallende stoffer i sigaretttrøyk.<sup>195</sup> Ifølge forskerne syntes disse stoffene i første rekke å være promotorer (stoffer som stimulerer vekst av kreftforstadier) og ikke initiatorer (stoffer som gir innledende arvestoffskade).

For å studere nærmere om og hvordan tobakk kunne være kreftfremkallende eksperimenterte industriens forskere særlig med mus. Standardtesten var å påføre et tjærekonsentrat på musens hud for å se om dette førte til utvikling av ondartete svulster.<sup>196</sup> Problemet med denne metoden var at gjennomføringen av den tok opptil to år for hvert eneste eksperiment. Det ble derfor i tillegg arbeidet for å finne frem til enklere musetester. Høsten 1968 lyktes for eksempel forskere for Brown & Williamson å utvikle en åtte-dagers test bestående i pensling av tobakksekstrakt på mus. Testen målte hyperplasi (fortykning av huden på grunn av økt celledeling) som indikator på kreftforstadium.<sup>197</sup>

Industriens forskere innså at musehudtesten hadde sine svakheter etter som mange av tobakkens kreftfremkallende stoffer først oppstår i forbrenningsfasen. I begynnelsen av 1970-årene etablerte BAT et eget laboratorium som skulle fokusere på inhalasjonsstudier av mus. Resultatene fra dette forskningsprosjektet viste en klar sammenheng mellom konsentrasjon av sigaretttrøyk og utviklingen av kreftsvulster.<sup>198</sup>

192.Glantz et al 1996 s 111-118.

193.Sitert etter utdrag i Glantz et al 1996 s 113.

194.Sitert etter utdrag i Glantz et al 1996 s 116.

195.Kluger 1996 s 231.

196.Glantz et al 1996 s 108.

197.Glantz et al 1996 s 151-152. Arbeidet ble kalt prosjekt JANUS.

Foruten eksperimenter med mus, foretok man mutagenitetstester på bakterier (såkalte Ames-tester).<sup>199</sup> Slike tester avdekker hvorvidt det stoffet man prøver ut på bakteriekulturen, har evne til å forårsake mutasjoner i bakteriecellene, hvilket igjen indikerer at stoffet kan være kreftfremkallende.

Industriens forskere i 1960- og 1970-årene oppdaget blant annet følgende helseskadelige stoffer i forbindelse med sigarettøyking: Acetaldehyd, akrolein, arsenikk, benzo(a)pyren, dibenzo(a)pyren, cyanid, karbonmonoksid, nitrogenoksider og nitrosaminer.<sup>200</sup>

### **6.11.3 Metoder og virkemidler for fjerning av helseskadelige stoffer og for reduksjon av uheldige helsevirkninger – oversikt**

Tobakksindustriens målsetning var på den ene side å rendyrke nikotinnivået i tobakk, og på den annen side å minimere virkningene av skadelige tilleggstoffer. Forskningsaktiviteten på dette feltet var spesielt stor i 1960-årene, og en rekke idéer ble utprøvd. Mye av denne forskningen var en videreføring av nikotinstudiene.<sup>201</sup> Eksperimentene omfattet for eksempel filterutvikling og endring av tobakksblandinger.<sup>202</sup> Eksperimentene gikk imidlertid også på helt nye forhold, slik som forsøk på å finne tilfredsstillende erstatninger for giftstoffer i tobakk og forsøk på å skape en sigarett som ikke inhaleres.<sup>203</sup>

De patentene som opp gjennom årene er blitt tatt ut av tobakksselskapene, viser at industrien særlig har vært opptatt av å finne metoder for å fjerne eller redusere tjærestoffene (1974–1998), CO (karbonmonoksid – 1972–1997), PAH (polysykliske aromatiske hydrokarboner – 1971–1988), HCN (hydrogencyanid, det vil si blåsyre – 1971–1988), nitrosaminer og andre helsemessig uheldige nitrogenforbindelser (1979–1998), radioaktive stoffer (1971–1980), metallkarbonyler (1970-årene) og aldehyd (1980-årene).<sup>204</sup>

### **6.11.4 Forsøk på helt å fjerne helseskadelige stoffer – særlig om nitrosaminer**

Blant de mest kreftfremkallende stoffer i tobakk er såkalte nitrosaminer. Nitrosaminer betegner en fellesgruppe av stoffer som dannes ved reaksjon mellom proteinforbindelser (sekundære aminer) og nitrogenoksider (nitrogenoksid, nitritt og nitrat), for eksempel under påvirkning av varme og ved forbrenning. Kroppens omdanningsprodukter av nitrosaminer binder seg sterkt til cellenes arvemateriale. Dette kan utløse mutasjoner som kan ødelegge cellenes mekanismer for vekstkontroll, hvilket igjen kan føre til utvikling av kreftsvulster. Eksempler på kreftfremkallende nitrosaminer i tobakksrøyk er det såkalte NNK og nitrosonornikotin. Disse tilhører de tobakksspesifikke nitrosaminene (tobacco-specific nitrosamines – TSNA).

198.Fahs 1996 s 38-40 og Glantz et al 1996 s 145-146. Også dette var en del av prosjekt JANUS.

199.Glantz et al 1996 s 148-150. Prosjekt RIO.

200.Glantz et al 1996: Arsenikk (s 31 og s 110), benzo(a)pyrene (s 31 og s 126-127), dibenzo(a)pyrene (s 110), karbonmonoksid (s 134-135) nitrosaminer (s 143), acetaldehyd, acrolein, nitrogenoksid, cyanid (s 154).

201.Om nikotinstudiene, se punkt 6.7 til 6.9 ovenfor.

202.Glantz et al 1996 s 124.

203.Glantz et al 1996 s 126, s 130 og s 159-160.

204.ASH and Imperial Cancer Research Fund 1999a.

Tobakksindustrien har vært opptatt av å forstå nærmere hvordan nitrosaminer dannes i tobakk, for derigjennom å eliminere disse, enten direkte eller indirekte ved å fjerne nitrater og andre bestanddeler som inngår i dannelsen av nitrosaminer.<sup>205</sup> Fra slutten av 1970- og utover 1980-årene ble det gitt mange patenter til tobakksselskapene på metoder for å hindre nitrosaminutvikling.<sup>206</sup> Foreløpig har det dog ikke lyktes industrien å få fjernet nitrosaminene fra sigarettøyken. Talsmenn for RJR har imidlertid nylig uttrykt optimisme med hensyn til et forskningsprosjekt som selskapet har forestått i 1990-årene om reduksjon av nitrosaminutviklingen i sigaretter.<sup>207</sup> Tilsvarende signaler er også kommet fra selskapet Star Scientific, Inc (se også neste punkt).

#### **6.11.5 Forsøk på å begrense tjæreeffekten og andre farlige stoffer ved røyking – nye sigaretttyper**

Fra begynnelsen av 1960-årene og frem til i dag har tobakksselskapene søkt å skape en sigarett som under forbrenning reduserer overføringen av tjære til røykeren. Et konsept som særlig BAT, Brown & Williamson og RJR har arbeidet med, går ut at nikotinet i sigaretten under forbrenningsfasen frigjøres fra tjæren, hvoretter kun nikotinet inhaleres av røykeren.

Først ute var BAT og Brown & Williamson, som allerede i begynnelsen av 1960-årene utviklet en tjærereduserende mekanisme kalt ARIEL.<sup>208</sup> ARIEL gikk ut på å plassere et nikotinrør i kjernen av sigaretten sammen med stoffer som under oppvarming og deretter nedkjøling kunne skape en sky av mikrodråper til å transportere nikotinet til røykeren. Ved på den ene side å bruke ufarlige stoffer som vann til å transportere nikotinet, og på den annen side lede røyken fra den omkringliggende tobakken ut av sigaretten, kunne man i teorien redusere store deler av de uheldige tjæreeffektene. Røykeren kunne således inhalere gjennom nikotinrøret i kjernen av sigaretten og unngå å ta inn røyk fra tobakken ellers.<sup>209</sup>

BAT og Brown & Williamson innså at de trengte en nisje i markedet for å få et eventuelt ARIEL-sigarettmerke etablert. Det kan se ut som at selskapene i begynnelsen vurderte ARIEL som en konkurrent til alminnelige beroligende midler.<sup>210</sup> Dette ble det likevel ikke noe av. I det hele tatt ser det ut til at det aldri er blitt innført noe ARIEL-produkt på markedet.<sup>211</sup> BAT og Brown & Williamson har imidlertid gjennom alle år vært opptatt av sitt ARIEL-prosjekt og flere patenter er utstedt, det siste så sent som i 1994.<sup>212</sup>

RJR startet arbeidet med en tilsvarende ny sigaretttype i begynnelsen av 1980-årene.<sup>213</sup> Prosjektet ble kalt PREMIER.<sup>214</sup> Ideen gikk ut på å isolere et stykke trekull som forbrenningselement i opptenningsenden av sigaretten, og plassere små bestanddeler av aluminiumsoksid som var dekket av nikotin og

205.Kluger 1996 s 232-233 og Associated Press 21. april 1998.

206.Glantz et al 1996 s 142-143.

207.Journal Now 9. oktober 1999.

208.Glantz et al 1996 s 74-77 og Pringle 1998 s 183.

209.Slade et al 1995 s 228.

210.Glantz et al 1996 s 74-75.

211.Glantz et al 1996 s 77.

212.Slade et al 1995 s 228.

213.Fahs 1996 s 34-35 og Glantz et al 1996 s 76-77.

214.Sigaretttypen ble opprinnelig kalt SPA, jf Kluger 1996 s 603.

glyserin innenfor trekullet. Under oppvarming utvikler dette en sky av nikotinholdige mikrodråper som kan inhaleres av røykeren uten at det også følger med så store mengder av skadelige tilleggsstoffer som ved røyking av en vanlig sigarett. PREMIER-sigarett ble prøvd ut på markedet våren 1988, men den ble ganske snart trukket tilbake igjen på grunn av dårlig mottagelse og frykt for regulering av FDA.<sup>215</sup> Årsaken til PREMIERs manglende markedssuksess var først og fremst at sigaretten både luktet og smakte vondt hvis man ikke fulgte sigarettpakken vedlagte bruksanvisning.<sup>216</sup> I henhold til bruksanvisningen måtte sigaretten antennes med en ren butanflamme. Flammen fra en vanlig fyrstikk eller lighter reagerte nemlig ugunstig med kullstykket i sigarettens opptenningsende. Det er vel også grunn til å tro at det kan ha vært en viss motvilje mot å røyke i henhold til en egen opptenningsprosedyre og særskilt instruks.<sup>217</sup>

Selv om PREMIER ikke slo an i markedet, synes RJR ikke å ha gitt opp sin idé. I 1994 kunngjorde RJR at de igjen arbeidet med å utvikle en sigarett, ECLIPSE, basert på kuloppvarmingsteknologien.<sup>218</sup> I april 2000 ble denne sigaretten lansert i USA til markedstesting.<sup>219</sup> Med ECLIPSE skal visstnok de helseskadelige stoffene i tobakken være betydelig redusert samtidig som røykeren effektivt tilføres nikotin.

Utover i 1960- og 1970-årene arbeidet Liggett med sin egen teknologi for å redusere de uheldige helsemessige virkningene av tjæren i sine produkter.<sup>220</sup> Også Liggetts forskere var opptatt av å påvirke forbrenningsprosessen. Deres forskere fant ut at under forbrenning forbrukes oksygenet i tobakkens organiske materiale, hvoretter disse danner såkalte frie radikaler, det vil si molekyler som mangler et elektron i sin atomstruktur. Elektronunderskuddet medfører at molekylene er ustabile og således har en tendens til å binde seg til andre molekyler. Gjennom denne bindingsprosessen kan molekylene skade arvestoffet og således kunne være kreftfremkallende. Liggetts forskere hadde en teori om at utviklingen av frie radikaler kunne hemmes dersom man klarte å sikre en mer fullstendig forbrenning av det organiske materialet.<sup>221</sup> For å forsterke forbrenningen ble omkring 200 katalysatorer prøvd ut før man slo ned på tungmetallet palladium. Som tilsetningsstoff i mikroskopiske mengder viste tobakksrøyk fremstilt med palladium seg å redusere svulstutviklingen på mus med 40 %. Prosjektet stoppet imidlertid ikke med det. Liggetts forskere fant at ved å blande palladium med magnesiumnitrat fikk man en reduksjon i svulstutviklingen på 95–100 %. Ulempen var at kombinasjonen av disse tilsetningsstoffene i noen grad økte dannelsen av nitrosaminer. For å hanskes med dette utviklet forskerne et perforert kullfilter som dels påvirket tobakksrøykens pH-verdi og dels sørget for ventilering. Til sammen viste dette seg nokså effektivt å hindre nitrosaminforekomsten. I 1975 hadde forskerne klar en PALLADIUM-sigarett.

215.Fahs 1996 s 35, Glantz et al 1996 s 77 og Sullum 1998a s 74.

216.Kluger 1996 s 603.

217.Kluger 1996 s 603.

218.Glantz et al 1996 s 77 og Sullum 1998a s 74.

219.BBC News Online 20 april 2000, Journal Now 19 april 2000, New York Times 20 april 2000, USA Today 20 april 2000 og Washington Post 19 og 20 april 2000.

220.Kluger 1996 s 455-461.

221.Kluger 1996 s 456.



Palladium-prosjektet førte til en intens og årelang strid innenfor Liggetts ledelse.<sup>222</sup> Den ene siden ønsket å prøve PALLADIUM-sigarett ut på markedet, mens den andre siden var bekymret over hva lanseringen av en tryggere sigarett ville kunne trekke med seg av rettslig ansvar for selskapets øvrige produkter. Etter klare advarsler fra selskapets advokater og sterke anmodninger fra andre tobakksselskaper ble det til at planene om markedsføring falt.

På en forskningskonferanse for BAT og Brown & Williamson i 1983 ble det fremsatt og drøftet noen helt nye teorier om hvordan man kunne minimalisere de uheldige virkningene av tjære uten at dette gikk ut over nikotinopptaket i lungene.<sup>223</sup> To metoder ble diskutert, og begge hadde som formål å redusere mengden av sigarettøyk som dras inn i lungene under sigarettøyking. Enten kunne man prøve å forkorte den tiden som sigarettøyken blir værende i lungene, eller man kunne forhindre dype inhalasjoner ved å gjøre sigarettøyken mer irriterende for luftveiene. Den sistnevnte metoden ble avvist under henvisning til at den kunne gjøre det vanskelig for røykeren å oppnå en tilstrekkelig nikotindose. Inhalasjon, og i neste omgang nikotinopptak i lungene, er helt avgjørende for å tilfredsstille røykerens nikotinbehov.<sup>224</sup> Ettersom en inhalasjonsfri sigarett var uaktuelt, gjaldt det å få røykeren til å puste ut den inhalerte sigarettøyken så snart han hadde tatt opp nikotinet. Dette ville innebære studier av hvordan nikotintilførselen mest effektivt kunne gjøres tilgjengelig for røykeren slik at sigarettøyken ikke ble holdt lenger enn høyst nødvendig i røykerens lunger. Det er ukjent om det noen gang ble satt i gang forskning på dette.<sup>225</sup> Men diskusjonen viser nok en gang hvilken fundamental betydning man innen industrien tiller nikotinet.

I desember 1999 kunngjorde det amerikanske selskapet Star Scientific, Inc. – tidligere Star Tobacco & Pharmaceuticals, Inc. – at det over tusenårsskiftet ville, som det første tobakksselskap i USA, lansere en kullfilter-sigarett uten tilsetningsstoffer og med sterkt redusert nitrosaminutvikling (TSNA).<sup>226</sup>

#### 6.11.6 Filtrering av helseskadelige stoffer

Ideen om selektiv filtrering av helseskadelige stoffer ble først prøvd ut av Lorillard ved introduksjonen av et nytt Kentfilter i 1962. Lorillard hadde i begynnelsen av 1950-årene utviklet filtersigarett Kent som et svar på «tjæreracet» mellom tobakksselskapene.<sup>227</sup> Ti år senere presenterte Lorillard for tobakksmarkedet en modifisering av Kentfilteret som et svar på den nye helseorienteringen blant forbrukerne. Ifølge Lorillard fjernet det nye Kentfilteret hele 90 % av fenolene fra sigarettøyken. Fenoler utgjør en stor og uensartet gruppe av stoffer med en meget varierende farlighetsgrad. De fenolene som Lorillard hevdet å ha fjernet ved det nye Kentfilteret, var fenoler som kunne virke irriterende for røykerens luftveier og forsterkende på andre kreftfremkallende stoffer.

222.Kluger 1996 s 457-461.

223.Slade et al 1995 s 231-232.

224.Jf også punkt 6.8.1 ovenfor.

225.Slade et al 1995 s 231.

226.<http://www.starscientific.com> og Yahoo Finance 17. December 1999.

227.Se punkt 6.5.5 ovenfor.

Lorillards fremstøt kom overraskende på konkurrentene og vekket noe av et oppstuss blant tobakksselskapene.<sup>228</sup> Oppstusset skyldtes egentlige ikke de helsemessige aspektene ved markedsføringen i seg selv. Det var for så vidt ikke noe nytt at tobakksselskapene i sin markedsføring fremhevet egenskaper ved sine produkter som etter sigende gjorde dem bedre og mer behagelige for brukeren. Det nye var imidlertid Lorillards nyanserte og nærmest vitenskapelege fokusering på definerte helseskadelige stoffer og deres virkninger på brukeren. I dette lå det nemlig en implikasjon om at tobakksprodukter i utgangspunktet var helsemessig farlige, og en slik implikasjon bar i seg kimen til rettslig ansvar for tobakksprodusentene hvis de ikke enten fjernet de helseskadelige stoffene eller gjorde forbrukerne uttrykkelig oppmerksom på helserisikoen. Det ble av de andre tobakksselskapene dessuten oppfattet som en uhørt freidighet av Lorillard til egen fordel å gå ut med forskningsresultater som kunne skade industrien som helhet.<sup>229</sup>

I denne atmosfæren av bekymring blant tobakksselskapene i 1960-årene, var det pussig nok de nye lovpålagte advarselstekstene som kom dem til unnsetning.<sup>230</sup> Den obligatoriske advarselsmerkingen viste seg nemlig i årene som fulgte å få gjennomslag som forsvarsargument for industrien i tobakkerstatningssøksmål.

Utover i 1960- og 1970-årene var alle de store tobakksselskapene i USA opptatt av å utvikle sigarettfiltre som kunne redusere overføringen av farlige stoffer til røykeren. Brown & Williamson lanserte i 1975 sigarettmerket Fact, som i henhold til interne testresultater hadde et lavere innhold av giftstoffene acetaldehyd og cyanid enn mange av konkurrentmerkene.<sup>231</sup> Nitrosaminnivået var på den annen side høyt i Fact. Fact var på markedet bare noen få år.

#### **6.11.7 Forsøk med tilsetningsstoffer for å redusere uheldige helsevirkninger**

##### *Chemosol*

Studier av fysikere i Tyskland under ledelse av Max Binding syntes å vise at stoffet Chemosol forsterket forbrenningsprosessen i sigaretter og således reduserte utviklingen av det kreftfarlige stoffet benzo(a)pyren i sigaretttrøyk. Videre eksperimenter på mus, forestått av biologen dr. Perry Hudson ved Colombia University i 1966, antydte at røyk fra Chemosol-behandlet tobakk var langt mindre kreftfremkallende enn tobakk som ikke var tilsatt Chemosol. Hudsons forskning ble omtalt i the New York Times og den vakte oppsikt. Den ble omfattet av interesse blant leger, den amerikanske kreftforening ga uttrykk for at virkningene av Chemosol var lovende og den amerikanske tobakksindustrien fant resultatene så interessante at alle de store tobakkselskapene gikk sammen om å finansiere et forskningsprosjekt om virkningene av å bruke Chemosol i sigaretter.<sup>232</sup> Den 31. august 1969 kunngjorde tobakksindustrien i the New York Times at den aktet å videreføre Chemosol-

228. Glantz et al 1996 s 120-123.

229. Se også punkt 7.5 nedenfor.

230. Om disse lovpåleggene og deres bakgrunn, se punkt 8.2 nedenfor.

231. Glantz et al 1996 s 154.

232. Glantz et al 1996 s 211-216.

forskningen og at industrien i den anledning hadde engasjert et privat testlaboratorium i Virginia (The Hazelton Laboratory).

Industriens interne dokumenter viser at tobakksselskapenes advokater var reserverte og noe bekymret for denne aktiviteten fra tobakksselskapenes side. Advokatene synes særlig å ha vært opptatt av at man måtte få slått fast at Chemosol-behandling virkelig hindret utviklingen av kreft i mus før industrien engasjerte seg i nærmere forskning på Chemosol. Hvorfor advokatene var opptatt av dette, er uklart. Antagelig var det for å sikre tobakksselskapene mot at dens forskningsprosjekt skulle komme til resultater som ikke var heldige for industrien. Hvis det for eksempel skulle vise seg at Chemosol faktisk reduserte benzo(a)pyren i tobakksrøyk, men uten at dette hadde nevneverdige betydning for kreftutviklingen, så ville dette indikere at det var andre stoffer i tobakk enn benzo(a)pyren som var kreftfremkallende.<sup>233</sup>

Det er ukjent hvilken skjebne tobakksindustriens Chemosol-prosjekt fikk.<sup>234</sup> Det er så vidt vites ikke funnet dokumenter som viser om prosjektet ved Hazelton-laboratoriet ble gjennomført, og det er ukjent om Chemosol noen gang ble brukt i sigaretter på markedet.

### *Freon*

En måte å redusere tjæreinnholdet i sigaretter på, er å «blåse opp» eller å ekspandere tobakksblandingen: Mindre tetthet i tobakksblandingen gir mindre masse per vektenhet; ergo mindre tjære per sigarett. Fra opprinnelig å være et tiltak som bare tok sikte på å redusere produksjonskostnadene, er ekspansjonsmetoden den dag i dag et viktig virkemiddel for å redusere tjæreholdigheten i tobakksprodukter.<sup>235</sup>

RJR utviklet i 1970-årene en ekspansjonsmetode basert på prosesseringsstoffet Freon-II (Freon Refrigerant II).<sup>236</sup> Metoden – kalt G-13 – ble ganske snart tatt i bruk også av Lorillard, American Tobacco og Liggett.

I 1970-årene pågikk det en samfunnsdebatt om hvorvidt bruken av Freon i ulike varer og artikler var skadelig. Miljøvernorganisasjoner fremholdt at Freon under forbrenning kunne danne den giftige kvelningssgassen karbonylklorid, og overfor myndighetene ble det krevd forbud mot bruken av Freon i klimaanlegg. På dette tidspunkt var det utenfor tobakksindustrien ikke kjent at også en del tobakksprodukter inneholdt Freon. Tobakksindustrien merket seg denne debatten og satte i gang forsøk på mus for å finne ut om Freon hadde helseskadelige virkninger, særlig under forbrenning. En forskningsrapport til RJR fra denne tiden slår fast at det ikke ble funnet bevis for at Freon under forbrenning var skadelig, men rapporten inneholder en uttrykkelig reservasjon under henvisning til at konklusjonene ennå ikke var etterprøvd av en uavhengig forskningsinstans.

I desember 1977 avviste de amerikanske forbrukermyndighetene at det var aktuelt å nedlegge noe forbud mot bruken av Freon. Etter denne konklusjonen fra myndighetenes side kan det se ut som at tobakksindustrien fikk min-

233. Glantz et al 1996 s 215.

234. Glantz et al 1996 s 216.

235. Tobacco Journal International 1999.

236. Glantz et al 1996 s 217 og Associated Press 1. april 1998.

dre betenkeligheter med å tilsette Freon i tobakksblandingen. For eksempel begynte også Brown & Williamson å ta i bruk G-13-prosessen nå. RJR ser ut til å ha anvendt Freon i perioden 1970 til 1993.<sup>237</sup> Det er ukjent i hvilken grad industrien har fortsatt sine eksperimenter og forskning på virkningene av Freon.

#### *A-vitamin*

I begynnelsen av 1980-årene lekte forskere for BAT og Brown & Williamson med tanken om å tilsette A-vitamin i tobakksblandingen.<sup>238</sup> Det ble imidlertid med tanken, idet man på bakgrunn av litteraturstudier kom til at A-vitamin neppe ville ha særlig skadehemmende effekt i røyk. Dette er likevel interessant fordi ideen om å tilsette A-vitamin gir kun mening hvis man legger til grunn at tobakk kan være kreftfremkallende. Omkring dette tidspunkt ble det nemlig kjent at A-vitamin i matvarer muligens kunne være kreftforebyggende.

#### *Avslutning*

Tobakksselskapenes forsøk med ulike stoffer frembød ikke bare vanskeligheter av teknologisk art. Tilsetning av stoffer og kjemikalier for å skape gunstige helsemessige effekter vil kunne føre produksjonsvirksomheten inn under FDAs (the Food and Drug Administration's) myndighetsområde, noe tobakksindustrien alltid har vært svært opptatt av å unngå.<sup>239</sup> Frykten for FDAs strenge reguleringsregime er nok en hovedgrunn til at mange ideer og prosjekter på dette felt falt eller møtte motbør innen tobakksselskapene. Det er likevel interessant å notere seg industriens bevissthet omkring kreftspørsmålet.

#### **6.11.8 Forsøk med ulike tobakkssubstitutter**

I 1960- og 1970-årene hadde den amerikanske tobakksindustri tro på at det skulle la seg gjøre å redusere skadevirkningene av tobakk ved å erstatte ulike helsefarlige bestanddeler i tobakk med andre stoffer. Det ble iverksatt flere prosjekter for å finne frem til erstatningsstoffer som på den ene side hadde de ønskede tobakkslignende egenskaper, og som på den annen side ikke var helsefarlige.<sup>240</sup> Denne forskningen sto i nær sammenheng med de ovenfor omtalte forsøk med tilsetningsstoffer og reiste mange av de samme problemene. Rettslig sett var det et hovedproblem at en eventuell bruk av erstatningsstoffer ville få tobakksproduktet til å fremstå mindre som et (bearbeidet) naturprodukt og mer som et industrielt fremstilt produkt. Tobakksselskapene var bekymret for at dette ville kunne gi FDA grunnlag for å klassifisere deres produkter som «drugs», og kanskje også legge opp til et strengere erstatningsrettslig produktansvar.

Det kan synes underlig at tobakksindustrien var bekymret over at dens forsøk med erstatningsstoffer skulle kunne åpne døren for et mulig strengere

237. Associated Press 1. april 1998.

238. Glantz et al 1996 s 147.

239. Se for eksempel punkt 8.5.5 nedenfor om tobakksindustriens kamp mot FDAs reguleringsfremstøt i 1995.

240. Glantz et al 1996 s 162-166.

ansvar. Skulle man ikke tro at forsøk på å gjøre tobakksproduktene mindre farlige, ved bruk av erstatningsstoffer eller på annen måte, bare ville være positivt og tale i industriens favør? Man må imidlertid huske på at på dette tidspunkt var prosessene bak produksjonen av tobakksvarer ikke kjent utenfor industrien og at FDA hadde erklært at den ikke anså tobakk som et av sine myndighetsområder. For en industri som internt hadde betraktet tobakk (nikotin) som et «drug» fra tidlig i 1960-årene, kfr blant annet punkt 6.7.1 ovenfor, kan man således se at det gjaldt å ikke vekke en sovende bjørn.

Likefullt ble det gjort en del forsøk på å komme frem til erstatningsstoffer som ikke var helsefarlige. Den største utfordringen var å finne eller å skape et stoff som kunne erstatte nikotinet i tobakk. Riktignok er ikke nikotin den farligste bestanddelen i tobakk, men nikotinet er ved sin farmakologiske og avhengighetsskapende virkning på brukeren den viktigste bestanddelen. Der- som man kunne finne et ufarlig stoff med de samme virkninger som nikotin, kunne man i prinsippet lage et helt nytt og ufarlig produkt som var tilsatt nikotinerstatningen. Til dette kom at nikotin ikke er ufarlig. For det første følger det tjære med nikotin når tobakk røykes (jf også punkt 6.9.3 ovenfor), og tjæren er farlig. For det andre kan nikotinet i seg selv ha uheldige virkninger på hjerte- og karsystemet. I løpet av 1970-årene gjennomførte BAT flere eksperimenter for å finne frem til nikotinerstatninger, men uten at forsøkene lyktes.<sup>241</sup>

Philip Morris ser ut til å ha drevet forsøkene lenger. Mot slutten av 1970-årene innledet Philip Morris forskere dyptpløyende studier av nikotinetts farmakologiske egenskaper med den hensikt å finne frem til et ufarlig substitutt.<sup>242</sup> Forskerne mente å ha kommet over et syntetisk stoff, kalt 2'-metylnikotin, som syntes å ha den samme avhengighetsskapende effekt på rotter som nikotin, men uten bivirkninger på hjerte- og blodkarsystemet. Philip Morris' advokater var lite begeistret for denne forskningen idet de mente at den innebar en innrømmelse av at nikotin er avhengighetsskapende. Den ledende forsker på nikotinprosjektet, Victor J. DeNoble, ble våren 1983 nektet å publisere sine undersøkelser på tross av at han hadde en avtale med det anerkjente tidsskriftet *Psycho-pharmacology*. Og da Rose Cipollone samme vår gikk til erstatningssøksmål mot Philip Morris under henvisning til at selskapet ikke hadde advart mot sigaretters avhengighetsskapende og helseskadelige virkninger, samt at hennes advokater i denne forbindelse krevde tilgang til forskningsmateriale, fikk hele nikotinprosjektet en brå slutt.<sup>243</sup> Ifølge DeNobles forklaring 10 år senere ble han av Philip Morris' ledelse pålagt å stenge laboratoriet, avlive alle dyr, opphøre med all forskning på nikotin og nikotinsubstitutter, aldri å publisere noe om sine nikotinstudier, samt å finne seg arbeid annet sted.<sup>244</sup>

Tobakkselskapene forsøkte også å finne frem til erstatninger for *andre* stoffer i tobakk enn nikotin, særlig i Storbritannia og Tyskland. I midten av 1970-årene mente forskere for BAT å ha kommet over et ufarlig tobakkssubstitutt.<sup>245</sup> Det ble kalt Batflake, og eksperimenter på rotter syntes å vise at

241. Glantz et al 1996 s 82-83 og s 97-100 og Pringle 1998 s 89-90.

242. Kluger 1996 s 575-576.

243. Om Cipollone-saken, se punkt 9.3.2 nedenfor.

244. Kluger 1996 s 576.

stoffet virket mindre belastende på lunger og luftveier enn vanlig tobakk. I England utviklet Imperial Tobacco et tobakkssubstitutt basert på tremasse.<sup>246</sup> Stoffet ble simpelthen kalt New Smoking Material (NSM) og ble i 1973 omtalt med interesse i det britiske legetidsskriftet *Lancet*. Noe senere samme år lanserte det engelske tobakksselskapet Courtaulds sigarettmerket Planet som et nytt og bedre alternativ under henvisning til bruk av tobakkssubstitutter.<sup>247</sup> Sommeren 1977 fulgte de engelske selskapene Imperial Tobacco, Gallahers og Rothmans etter og introduserte på markedet et titalls nye merker basert på tobakkssubstitutter.<sup>248</sup> Også i Tyskland innførte industrien nye merker basert på tobakkssubstitutter.<sup>249</sup>

Disse nye lanseringene møtte imidlertid motbør. Legevitenskapen etterlyste det vitenskapelige grunnlaget for påstanden om at tobakksproduktene var helsemessig tryggere, og pressen stilte kritiske spørsmål om hva tobakksselskapene mente var bedre enn hva. De nye merkene slo ikke an i markedet og ble ganske snart trukket tilbake. På bakgrunn av erfaringene fra Storbritannia og Tyskland ser det ut til at den amerikanske tobakksindustrien ikke gjorde alvorlige forsøk på å lansere tobakkssubstitutter.

## 6.12 Studier av passiv røyking

---

Passiv røyking («passive smoking»), også kalt miljøtobakksrøyk («environmental tobacco smoke – ETS»), som i hovedsak omfatter den såkalte sidestrømsrøyken («sidestream smoke»), ble et tema for tobakksselskapene i begynnelsen av 1970-årene.<sup>250</sup> Noe av bakgrunnen for at selskapene ble penset inn på dette temaet var faktisk at tobakksforskerne selv følte røyken fra brennende sigaretter i laboratoriet som irriterende.<sup>251</sup>

I midten av 1970-årene var passiv røyking blitt et viktig forskningsområde for tobakksselskapene. På dette tidspunkt var legevitenskapen såvidt begynt å se nærmere på hvorfor røyken fra en brennende sigarett skapte ubehag hos mennesker som ble utsatt for sidestrømsrøyken. For eksempel var det i den amerikanske helsedirektørs rapport fra 1972 antydning at passiv røyking etter omstendighetene kunne være helsemessig uheldig. Nærmere dokumentasjon og konkretisering av dette oppnådde legevitenskapen imidlertid først i begynnelsen av 1980-årene.<sup>252</sup> Først ti år etter sin første rapport om passiv røyking, fremhevet den amerikanske helsedirektør således i sin rapport fra 1982 at epidemiologiske studier ga grunn til bekymring om at sidestrømsrøyk kunne representere en kreftrisiko for ikke-røykere.

Da tobakksselskapene for alvor begynte sin egen forskning på passiv røyking i 1970-årene, var de først opptatt av å finne ut om sidestrømsrøyken inneholdt helsefarlige stoffer. I 1976–77 bekreftet forskere for BAT legevitenskapens nylige påvisning av at sidestrømsrøyken fra en brennende sigarett

245. Glantz et al 1996 s 164-165.

246. Glantz et al 1996 s 162-163.

247. Glantz et al 1996 s 163.

248. Glantz et al 1996 s 166.

249. Glantz et al 1996 s 162.

250. Glantz et al 1996 s 137, s 248 og s 392-393.

251. Glantz et al 1996 s 395.

252. Kluger 1996 s 493-505. Se også punkt 4.3 ovenfor.

inneholdt helseskadelige stoffer som karbonmonoksid og tobakksspesifikke nitrosaminer.<sup>253</sup> Mot slutten av 1970-årene ble BATs forskning på passiv røyking særlig konsentrert om å måle nitrosaminnivåene i sidestrømsrøyken, samt forsøk på å begrense utviklingen av sidestrømsrøyk overhodet.<sup>254</sup> Fra begynnelsen av 1980-årene synes tobakksselskapenes egen forskning å ha bekreftet at sidestrømsrøyk ikke bare var ubehagelig og irriterende for ikke-røykere, men kunne også gi mer alvorlige helseskader.<sup>255</sup>

Tobakksselskapenes forskningsinnsats på sidestrømsrøyk ble spesielt viktig fra 1980-årene. Med legevitenenskapens undersøkelser av passiv røyking kom en ny helsebevissthet i markedet, og med dette fryktet tobakksselskapene strengere regulering fra myndighetenes side. Dokumenter fra BAT viser at selskapets forskning på sidestrømsrøyk nå hadde to målsetninger. For det første skulle forskningen søke å skape produktforbedringer med hensyn til (blant annet) virkningene av passiv røyking. For det andre skulle forskningen gi argumenter til imøtegåelse av at passiv røyking var helseskadelig.

For eksempel heter det i et referat fra en av BATs interne internasjonale tobakkskonferanser i 1982:

«We must get hard data both to help counter anti-smoking attacks and to support the design of future products .»<sup>256</sup>

Året etter slo B.C.A.C. (BAT Chairman's Advisory Committee) fast at målsetningene med forskningen på sidestrømsrøyk var:

«1. Develop cigarettes with reduced sidestream emissions and/or reduced perceived smell and irritation

2. Conduct research to anticipate and refute claims about the health effects of passive smoking.»<sup>257</sup>

BATs forskere eksperimenterte særlig med ulike former for sigarettpapir, dels for å redusere den irriterende effekt av passiv røyking og dels for å gjøre sidestrømsrøyken mindre synlig.<sup>258</sup> Ulike tobakkssammensetninger og tilsetningsstoffer ble også prøvd ut.<sup>259</sup> Det er uavklart hva som nærmere kom ut av denne forskningen.

### 6.13 Hvorfor har forsøkene på å skape en ufarlig sigarett foreløpig slått feil?

1960- og begynnelsen av 1970-årene preges av en positiv tro innen den amerikanske tobakksindustri på at det skulle la seg gjøre å utvikle en helsemessig bedre sigarett. Det ble i denne perioden og fremover satt i gang en rekke oppriktige forsøk og prosjekter på å oppnå dette. I løpet av 1970-årene ante imidlertid industrien problemer, såvel av teknisk som rettslig art. Forskningen gikk mer og mer over til å konsentrere seg om nikotin og om å finne forsvar-sargumenter i helsedebatten. Således ble arbeidet med å redusere giftstoffene

253.Glantz et al 1996 s 396.

254.Glantz et al 1996 s 398-399.

255.Glantz et al 1996 s 400-402.

256.Sitatet er hentet fra Glantz et al 1996 s 402.

257.Sitatet er hentet fra Glantz et al 1996 s 405.

258.Glantz et al 1996 s 403-404.

259.Glantz et al 1996 s 407.

i tobakk etter hvert noe halvhjertet. Riktignok ble det brukt betydelige pengebeløp i dette arbeidet, men dette var likevel kun en liten andel av tobakksselskapenes samlede budsjetter. I perioden 1969 til 1994 brukte for eksempel Philip Morris, det største tobakksselskapet i USA (og i verden for øvrig), 1,2 milliarder dollar (ca 10 milliarder norske kroner) på forskning og produktutvikling, mens selskapet i samme periode brukte 18,7 milliarder dollar (ca 140 milliarder norske kroner) på markedsføring.<sup>260</sup> De fleste store prosjekter som de amerikanske tobakksselskapene satte i gang for å finne frem til helsemessig bedre produkter, ser ut til å ha blitt helt eller delvis oppgitt. Og de få prosjektene som førte til produksjon og markedsføring av nye sigaretter, ble stort sett frafalt og produktene trukket tilbake etter kort tid.

Delvis skyldes dette tekniske problemer. Tobakksplanten består av et utall av bestanddeler og stoffer, og å identifisere alle disse, eller endog bare de mest helseskadelige, er vanskelig. Videre kompliseres dette ved at de fleste tobakksprodukter konsumeres under forbrenning. Under forbrenningsprosessen reagerer stoffer med hverandre og en rekke nye stoffer dannes, flere av dem kreftfremkallende, se punkt 2.2.4 ovenfor. Forsøkene på å redusere farene ved tobakksproduktene har ofte vist seg å ha utilsiktede virkninger, for eksempel har anvendelsen av tilsetningsstoffer for å hemme utviklingen av én type helseskadelige stoffer undertiden ført til dannelsen av nye helseskadelige stoffer. Til dette kommer ytterligere komplikasjoner som følge av at industrien hele tiden har hatt som grunnleggende forutsetning og formål å tilføre brukeren nikotin. Å sikre en effektiv nikotindose uten at det følger med skadelige tilleggsstoffer ved forbrenning av tobakk, har til i dag vist seg å være umulig. Det er nikotinet som gjør tobakksråvaren påkrevd. Nikotin har unike farmakologiske virkninger, idet det som avhengighetsskapende stoff virker *både* stimulerende *og* beroligende på brukeren. Man har ikke kunnet finne en «fullverdig» erstatning for nikotin.

Foruten problemer av teknisk karakter var frykten for erstatningsrettslige søksmål en hovedgrunn til at søken etter et helsemessig tryggere tobakksprodukt med tiden ble nedprioritert. Tobakksindustriens ledelse og dens juridiske rådgivere vurderte det etter hvert som nærmest livsfarlig for industrien å forestå en åpen forskning på skadevirkningene av tobakk og på denne bakgrunn lansere produktforbedringer og produktfornyelser. Riktignok ville et nytt og helsemessig bedre produkt i seg selv være bra, men problemet – slik industrien vurderte det – var at det i markedsføringen av et slikt produkt ville ligge en innrømmelse av at de øvrige tobakksproduktene var helseskadelige. Industrien fryktet at den med dette ville invitere og legge opp til erstatningsrettslige søksmål. Videre var tobakksselskapene bekymret for at lanseringen av et nytt og mindre farlig tobakksprodukt kunne spille alle dens øvrige produkter utover sidelinjen.

Tobakksindustrien i USA har alltid vært meget opptatt av å holde bransjen utenfor FDAs (the Federal Food and Drug Administration) strenge reguleringsregime. Inntil 1990-årene har FDA selv ansett tobakk som et produkt som faller utenfor dets myndighetsområde ut fra synspunktet om at tobakk verken er næringsmiddel («food») eller legemiddel/behandlingsmiddel («drug») <sup>261</sup>

260.Associated Press 21. april 1998.



. Opp gjennom årene har det derfor vært maktpåliggende for industrien ikke å røpe at den selv har betraktet og betrakter tobakk som et «drug». Industriens søken etter et tryggere tobakksprodukt har hele veien også hatt en side mot nikotinforskningen. Frykten for at FDA skulle kunne få mistanke og grunnlag for å klassifisere tobakk som et «drug» har følgelig lagt en nokså sterk demper på tobakksselskapenes arbeid med å redusere de helsemessig farlige virkninger av tobakksbruk.

Opp gjennom årene er det gitt en rekke patenter til tobakksselskapene på tekniske innretninger og løsninger på hvordan ulike helseskadelige virkninger i tobakk kan reduseres eller elimineres.<sup>262</sup> Det er således mye som tyder på at industrien har hatt den teknologiske viten til vesentlig å forbedre sine produkter. På bakgrunn av de interne dokumenter som i løpet av de siste årene er blitt frigjort, er det i dag en utbredt oppfatning at det er tobakksbransjens frykt for erstatningsrettslige søksmål og offentlig regulering som har vært de dominerende årsaker til selskapenes tilbakeholdenhet med å modifisere, endre og lansere produktforbedringer.<sup>263</sup>

*Norbert Hirschhorn*, rådgiver for Verdens helseorganisasjon, WHO, har ved de amerikanske arkivene gått gjennom en rekke dokumenter om den tyske tobakksindustriens forskning og produktutvikling gjennom de siste 30 årene. Hirschhorn mener å kunne dokumentere at den tyske tobakksindustrien, i likhet med den amerikanske, tidlig ble klar over helsefarene ved sigarettøyking og nikotinets sterkt avhengighetsskapende virkning, og at den unnlot å utvikle en helsemessig bedre sigarett på grunn av frykten for erstatningsansvar og strengere offentlig regulering.<sup>264</sup>

Det må imidlertid påpekes at de amerikanske tobakksselskapene ikke ser ut til å ha gitt opp forsøkene på å redusere skadevirkningene av tobakk. Muligens kan det spores en øket intensitet i dette arbeidet igjen i 1990-årene.

For eksempel har Philip Morris på gang et prosjekt som går ut på at en ny type sigaretter – ACCORD – forbrennes i et eget metalletui på størrelse med en lighter for å redusere utviklingen av miljørøyk (passiv røyk).<sup>265</sup> Foreløpig har slike metalletuier bare vært lagt ut for salg i Richmond, USA og i Osaka, Japan, men salget har gått bedre enn forventet.

Våren 2000 har RJR på sin side lansert sin lenge bebudete PREMIER-sigarett, med begrenset utvikling av miljørøyk og hvor en rekke farlige stoffer for røykeren selv angivelig skal være meget redusert. Påstanden fra RJR om en helsemessig forbedret sigarett har foreløpig møtt skepsis hos myndighetene og legevitenenskapen.<sup>266</sup>

261.I 1995 besluttet FDA at tobakk egentlig var å anse som et «drug». På denne bakgrunn ga FDA i 1996 for første gang regler for tobakksbransjens virksomhet. FDAs myndighet er bestridt av tobakksindustrien og industrien har til slutt vunnet frem i USAs Høyesterett. Se nærmere i punkt 8.5.5 nedenfor.

262.For en ganske inngående gjennomgang av mange av disse patentene, se ASH and Imperial Cancer Research Fund 1999a.

263.Glantz et al 1996 s 50 og s 166-167, Hiltz 1996, blant annet s 29 og s 39-41, Ginzler 1998 s 42, Pringle 1998 s 182-183, Heyes 1999 s 114-115, ASH and Imperial Cancer Research Fund 1999a og The Sydney Morning Herald 17. desember 1999.

264.Hirschhorn 1999.

265.Se for eksempel Richmond Times-Dispatch 29. september 1999.

Det er grunn til å tro at det formidable søksmålspress som industrien er kommet under i løpet av de siste fem årene, ikke bare i USA men verden over, samt den anti-tobakksbølge som i dag gjør seg nokså sterkt gjeldende innen såvel medisinen og reguleringspolitikken som i det sosiale mellommenneskelige samkvem generelt, vil kunne inspirere dette arbeidet ytterligere.

### 6.14 Oppsummering

---

Den amerikanske tobakksindustri, og med den i stor grad den internasjonale tobakksindustrien, har siden begynnelsen av 1960-årene kjent til at nikotin er avhengighetsskapende. Gjennom omfattende forskning og en meget avansert teknologi har tobakksselskapene rendyrket og forsterket nikotinets avhengighetsskapende virkninger, blant annet gjennom manipulering av nikotinets kjemiske form.

I 1960- og 1970-årene ser det ut til at tobakksselskapene gjorde oppriktige forsøk på å redusere de helseskadelige stoffene som følger med nikotinet i tobakken. Dette førte blant annet til en ny fokusering på og utvikling av filter-sigaretter og såkalte «light»/«low tar»-sigaretter. Den helsemessige fordel ved disse sigarettene ser imidlertid ut til å være marginal, noe også tobakks-selskapene selv erkjente tidlig.

Etter hvert ble forbedringsforsøkene i det store og hele oppgitt, idet selskapene fryktet en bølge av erstatningsrettslige søksmål og strengere lovregulering hvis det skulle komme ut at tobakksindustrien selv erkjente at tobakksproduktene var helseskadelige. I stedet ble nikotinforskningen alene hovedsatningsområdet, og i hemmelighet ble dette selve kjernen og grunnlaget for tobakksselskapenes virksomhet.

Med det omfattende erstatningsansvar som industrien har måttet møte i 1990-årene, kan det se ut som om det er gitt en ny giv til arbeidet med å redusere tobakksproduktenes skadeevne.

---

266. Se blant annet Pauly et al 2000 med henvisninger, og pressemeldinger fra henholdsvis USAs helseminister Donna Shalala 2000, American Heart Association 2000 og The American Lung Association 2000.

## Kapittel 7

### Tobakksindustriens to ansikter

#### ***Erkjennelse innad av tobakkens skadeevne, hemmeligholdelse, tilsløring og benektelse utad***

##### **7.1 Innledning**

---

Mens tobakksindustrien i det stille arbeidet med å redusere de helseskadelige virkninger av sine produkter, økte presset mot industrien utover 1970-årene. På dette tidspunktet var den medisinske dokumentasjonen av ulike helseskadelige virkninger av tobakksbruk blitt meget omfattende og flere politikere, både i og utenfor USA, samt mektige interessegrupper gikk inn for en sterkere offentlig regulering av industrien. Da tobakksbransjen i 1970-, og særlig utover 1980-årene, også ble gjenstand for en bølge av store erstatningsrettslige søksmål, gikk tobakkselskapenes advokater inn i et intenst arbeid for å verne industrien mot et produktansvar som i verste fall ble ansett å kunne få ruinerende proporsjoner.

##### **7.2 «Advokatlokk» over alle viktige dokumenter**

---

###### **7.2.1 Oversikt over reglene om konfidensialitet mellom advokat og klient**

Reglene om konfidensialitet mellom advokat og klient går i korthet ut på at advokaten har taushetsplikt med hensyn til de opplysninger han/hun får av sin klient i forbindelse med den saken advokaten representerer for klienten, og at verken advokaten eller klienten kan tvinges til å utlevere opplysningene. Reglene skal sikre og beskytte det tillitsforholdet som eksisterer mellom advokat og klient, og prinsippet er grunnleggende i enhver rettsstat. I USA skiller man mellom to hovedformer for konfidensialitet mellom advokat og klient.

For det første er det regler til beskyttelse av det materiale som advokaten eller annen prosessfullmektig forbereder i forbindelse med søksmål for eller mot klienten; *the Work Product Rule*.<sup>267</sup> Dette privilegiet gjelder ikke bare kommunikasjonen mellom advokaten og klienten, men også opplysninger og dokumenter som advokaten innhenter i forbindelse med sin forberedelse til søksmål, for eksempel vitneutsagn. For det andre er det regler som beskytter all konfidensiell kommunikasjon mellom advokaten og klienten, uavhengig av hvorvidt det skjer i forbindelse med søksmål eller ikke; *the Attorney-Client Privilege*.<sup>268</sup>

---

267.Se for eksempel Mueller and Kirkpatrick 1995 s 585-602.

268.Se for eksempel Mueller and Kirkpatrick 1995 s 459-584 og Younger/Goldsmith/Sonenshein 1997 s 801-830.

I begge tilfelle gjøres det imidlertid unntak for tilfelle hvor klienten har søkt eller mottatt advokathjelp i forbindelse med planleggingen eller utøvelsen av kriminelle og/eller erstatningsbetingende handlinger («crime, fraud or torts»).<sup>269</sup> Med andre ord kan konfidensialitetsprivilegiet ikke brukes for å skjule kriminell eller erstatningsbetingede opptreden; både advokaten og klienten kan i slike tilfeller pålegges å gi fra seg informasjon og materiale. Dette unntaket utgjør noe av det rettslige grunnlaget for den åpning av tobakksindustriens arkiver som vi har sett utover 1990-årene.

### 7.2.2 Tobakksselskapenes utnyttelse av konfidensialitetsprivilegiet

Det synes temmelig klart at de store amerikanske tobakksselskapene, i hvert fall fra 1970-årene, søkte å sikre seg gjennom reglene om klientkonfidensialitet.<sup>270</sup> Blant annet viser dokumenter fra BAT og Brown & Williamson at selskapenes ledelse og advokater etter hvert var blitt meget bekymret for at det forskningsmateriale og den informasjon som selskapene opp gjennom årene hadde samlet, og som selskapene fortsatte å samle, skulle komme ut. Særlig var frykten for erstatningsrettslige søksmål og FDA-regulering stor.

«To some extent the argument revolving around «free choice» is being negated on the grounds of addiction. The threat is that this argument will increase significantly and lead to further restrictions on product specifications and greater danger in litigation.»<sup>271</sup>

«Renewed efforts will be made to include tobacco in the list of products coming under control of the Food and Drug Administration, the new Product Safety Commission, or the proposed Consumer Protection Agency. Should any of these efforts succeed, the industry would be seriously harmed since tobacco would fall under the same category as cyclamates.»<sup>272</sup>

På denne bakgrunn ble det blant annet innen BAT og Brown & Williamson etablert ordninger hvorved nær sagt all kommunikasjon og dokumentarbeidelse, særlig innen forskning og produktutvikling, rutinemessig ble oversendt selskapets advokater for gjennomsyn, siling og godkjenning. Denne advokatstyring av selskapenes informasjonsflyt hadde som formål for det første å aktualisere reglene om klientkonfidensialitet og dermed gjøre informasjonen utilgjengelig for utenforstående. Det var således et poeng i seg selv å la intern informasjon gå omveien om selskapenes advokater.

«Continued Law Department control is essential for the best argument for privilege. At the same time, control should be exercised with flexibility to allow access of the R & D [forkortelse for: Research & Development] staff to the documents. The general policy should be clearly stated that access to the documents and storage of the docu-

269. Mueller and Kirkpatrick 1995 s 535-544.

270. Pringle 1998 kapittel 7, Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 509, s 511-513, s 529-539 og s 558-564, Heyes 1999 s 115 og Orey 1999 s 162-163.

271. Notat fra Ernest Pepples, en av Brown & Williamsons ledende jurister, til lederen for PR-avdelingen, J. V. Blalock, datert 13. februar 1973. (Sitert etter Glantz et al 1996 s 249).

272. Notat fra Ernest Pepples, en av Brown & Williamsons ledende jurister, til lederen for PR-avdelingen, J. V. Blalock, datert 13. februar 1973. (Sitert etter Glantz et al 1996 s 248).

«Cyclamater» var et kunstig fremstilt søtstoff i bruk i matvarer og som nylig var blitt forbudt av FDA fordi dyreforsøk viste at dette søtstoffet kunne være kreftfremkallende dersom det ble inntatt i store mengder.

ments is under control of the Law Department and access is granted only upon approval of request.»<sup>273</sup>

«I recommend a second alternative, which would be that all BAT scientific reports be shipped directly to Dr. Esterle [International and External Technical Services Department] under a formal arrangement that Dr. Esterle was assigned to be your agent for the acquisition of scientific material in anticipation of litigation. Dr. Esterle would separate the reports which were relevant to smoking and health, or otherwise sensitive, for special handling as described below and place the routine reports into regular R & D circulation...Regardless of the initial recipient of the documents, in order to be covered by the rules of civil procedure they must be «prepared in anticipation of litigation».<sup>274</sup>

For det andre var formålet med advokatkontrollen å muliggjøre redigering og stryking av uttalelser, resonnementer og konklusjoner som ledelsen og advokatene vurderte som «farlige» og «uheldige» dersom de skulle komme ut.<sup>275</sup> I et lengre brev fra en av Brown & Williamsons eksterne advokater advares det særlig mot de mange uttalelser og rapporter som kommer fra selskapets forskere i forbindelse med deres arbeid med å redusere skadevirkningene ved tobakksproduktene:

«It would, no doubt, be virtually impossible to determine to what extent statements have been made which would be damaging to defendant's position in a smoking and health case, but I have seen sufficient documentation from you to conclude that the dangers I describe in this letter have a very real foundation... .

In the minutes of [the St. Ives Conference, May 8–12 1970]...we note a number of statements or expressions which could be most damaging notwithstanding the disclaimer in the opening statement. For example: (i) reference is made on page 6 to the fact that research «will continue in the search for a safer product»; (ii) on page 14 a product is characterized as «attractive» because less biologically active; (iii) on page 15 the phrase «biologically attractive» is used; and (iv) on page 18 reference is made to a «healthy cigarette»... .

It is our opinion that statements such as the above constitute a real threat to the continued success in the defense of smoking and health litigation. Of course, we would make every effort to «explain» such statements if we were confronted with them during a trial, but seriously I doubt that the average juror would follow or accept the subtle distinctions and explanations we would be forced to urge... .

Fundamental to my concern is the advantage which would accrue to a plaintiff able to offer damaging statements or admissions by persons employed by or whose work was done in whole or in part on behalf of the company defending the action. A plaintiff would be greatly benefited by evidence which tended to establish actual knowledge on the part of the defendant that smoking is generally dangerous to health, that certain ingredients are dangerous and should be removed,

273. Notat fra J. K. Wells, advokat for Brown & Williamson, til en annen av Brown & Williamsons ledende jurister, Ernest Pepples, datert 15. juni 1979. (Sitert etter Glantz et al 1996 s 242).

274. Notat fra J. K. Wells, advokat for Brown & Williamson, til en annen av Brown & Williamsons ledende jurister, Ernest Pepples, datert 15. juni 1979. (Sitert etter Glantz et al 1996 s 242-243).

275. Glantz et al 1996 s 346-354 og s 377-385, Pringle 1998 s 151-159 og Orey 1999 s 162-164.

or that smoking causes a particular disease. This would not only be evidence that would substantially prove a case against the defendant company for compensatory damages, but could be considered as evidence of willful or recklessness sufficient to support a claim for punitive damages. The psychological effect on judge and jury would undoubtedly be devastating to the defendant... .

In conclusion, I would like to emphasize that, in our opinion, the effect of testimony by employees or documentary evidence from the files of either BAT or B&W which seems to acknowledge or tacitly admit that cigarettes cause cancer or other disease would likely be fatal to the defense of either or both companies in a smoking and health case... .

We, of course, know that the position of BAT, as well as B&W, is that disease causation by smoking is still very much an open question. Cigarettes have not been proved to cause any human disease. Thus, any statements by responsible and informed employees subject to a contrary interpretation could only result from carelessness...»<sup>276</sup>

I de store tobakkskonsernene ble det videre etablert strenge ordninger for hvordan informasjon om tobakksproduktenes egenskaper og helsevirkninger skulle formidles og utveksles mellom de ulike selskapene innenfor konsernet, slik at faren for lekkasjer og innsyn ble forebygget.<sup>277</sup>

### 7.2.3 Forskningsvirksomhet og produktutvikling under direkte advokatkontroll

Tobakkselskapenes advokater ledet ikke bare informasjonshåndteringen, men øvde etter hvert også betydelig innflytelse på selskapenes forskningsvirksomhet. Advokatenes hånd over forskning og produktutvikling besto dels i styring av økonomiske midler, og dels tok advokatene direkte del i beslutninger om hva forskningen skulle gå ut på og hvilke målsetninger og resultater den skulle forfølge.<sup>278</sup>

Tobakkselskapenes fellesorgan, the Council for Tobacco Research (CTR), sto sentralt i finansieringen av forskningsprosjekter på vegne av industrien. Som nevnt i punkt 6.5.3 ovenfor ble dette organet opprettet i 1954 (den gang under navnet *The Tobacco Industry Research Committee*), med det formål å støtte medisinsk forskning om de helsemessige virkninger av tobakksbruk. Utad ble det fremholdt at CTR var uavhengig av tobakksindustrien og at finansiering av forskningsprosjekter på forhånd skulle godkjennes av et eget fagråd bestående av anerkjente medisinerere. Industriens dokumenter viser imidlertid at CTR ved siden av de alminnelige godkjennelseskanaler satte av betydelige økonomiske midler til såkalte spesialprosjekter; «Special Projects». Disse midlene ble styrt av eksterne advokater – advokatfirmaet Shook, Hardy, Ottman, Mitchell and Bacon spilte en spesielt sentral rolle – og ble anvendt med det spesifikke formål å støtte medisinsk forskning som kunne brukes til industriens forsvar i rettssaker og mot reguleringsmessige tiltak fra myndighetene.<sup>279</sup>

276. Brev med tittelen «CONFIDENTIAL, FOR LEGAL COUNSEL ONLY», fra advokatfirmaet Shook, Hardy, Ottman, Mitchell and Bacon til ledende advokat innen Brown & Williamson, DeBaun Bryant, datert 20. august 1970. (Sisert etter Glantz et al 1996 s 268-271).

277. Glantz et al 1996 s 271-276.

278. Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 529-539 og s 558-564 og Orey 1999 s 162-164.

Finansieringen av parallelle spesialprosjekter tok til allerede i 1966, foranlediget av den første røyke- og helserapport fra den amerikanske helsedirektør (1964), og i tyveårsperioden fra 1972 til 1991 ble det brukt over 14 millioner dollar (over 100 millioner norske 1999-kroner) på disse prosjektene.<sup>280</sup> Av CTRs spesialprosjekter var det særlig tre som advokatene tillå spesielt stor betydning:

Det første var et forskningsprosjekt forestått av professor dr. med. Henry Rothschild ved Louisiana State University i perioden 1977–1988.<sup>281</sup> Rothschild mente å påvise at det også var andre faktorer enn tobakksrøyk, særlig genetiske disposisjoner, som var av betydning for utviklingen av lungekreft. Før publisering av sine undersøkelser tilbød Rothschild sine notater til gjennomsyn og godkjennelse av de advokatene han hadde kontakt med.<sup>282</sup>

Det andre forskningsprogrammet ble ledet av professor i medisin Theodor Sterling ved Simon Fraser University i Burnaby, British Colombia i perioden 1973–1990.<sup>283</sup> Også Sterling var opptatt av hvilke alternative årsaksfaktorer som kunne spille inn ved utviklingen av lungekreft, særlig yrkesbetingede faktorer og genetiske disposisjoner.

Det tredje spesialprosjektet ble ledet av tidligere professor i sosialmedisin Carl Coleman Seltzer ved Harvard University i perioden 1976–1990. Også Seltzer var opptatt av genetiske årsaksfaktorer, men til forskjell fra Rothschild og Sterling forsket Seltzer ikke først og fremst på kreft, men på hjertesykdommer.<sup>284</sup>

Utover disse tre store prosjektene, finansierte advokatene gjennom CTR-midler også flere andre mindre prosjekter som konsentrerte seg om de samme medisinske problemstillingene.<sup>285</sup>

Fellestrekket ved forskningsprosjektene var at oppmerksomheten ble henledet mot alt annet enn tobakksrøyk, og forskningsresultatene skulle gi tyngde til industriens stadige understrekninger av at arv, miljø og livsstil er vesentlige årsaksfaktorer til lungekreft og hjerte- og karsykdommer.

Advokatkontrollen over økonomiske midler ga også grunnlag for direkte innflytelse over hva den tobakksfinansierte medisinske forskning skulle gå ut på. Anmodninger om midler til forskningsprosjekter som etter advokatenes vurderinger kunne føre til ugunstige resultater for tobakksselskapene ble i det store og hele avvist. Sommeren 1978 ble for eksempel en søknad om økonomiske midler til en undersøkelse av nikotinavhengighet tvert avslått, og i et internt notat går det frem at avslaget særlig skyldtes advokatenes manglende begeistring for at prosjektet hvilte på en anerkjennelse av at nikotin er avhengighetsskapende:

«Mr. Cornell's foundation actually assumes tobacco (nicotine) is addictive and costs the U.S. citizen 42 billion dollars a year! He also believes

279. Glantz et al 1996 s 290 og s 305-310, Kluger 1996 s 479-480 og Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 529-531.

280. Glantz et al 1996 s 289-290.

281. Glantz et al 1996 s 291-293.

282. Glantz et al 1996 s 292.

283. Glantz et al 1996 s 296-301 og Kluger 1996 s 495.

284. Glantz et al 1996 s 293-296 og Kluger 1996 s 480-483.

285. Kluger 1996 s 480.

tobacco causes 300,000 premature deaths each year. And he wonders if this is why we might not be interested.»<sup>286</sup>

Også innenfor de prosjektene som tobakksselskapenes advokater finansierte, la advokatene til dels sterke føringer på forskningen. Fra siste halvdel av 1970-årene var det blant advokatene en sterk skepsis mot forskning som gikk ut på å identifisere og å fjerne giftstoffer i tobakk. Det man blant advokatene og selskapsledelsen fortrinnsvis var interessert i, var forskningsresultater som kunne tjene industriens interesser. For eksempel gjorde det seg innen Brown & Williamson gjeldende en ganske generell «vil-ikke-vite-holdning» med hensyn til alt som kunne være uheldig i forbindelse med erstatningssøksmål mot selskapet.<sup>287</sup> Således uttalte for eksempel ledelsen i Brown & Williamson i 1986 om målsetningene for sin avdeling for forskning og produktutvikling, «Research, Development and Engineering» (RD & E), at:

«RD&E is interested in work dealing with sidestream smoke reduction, but is not interested in the biological testing of products produced. David will explain this to Allen Heard and ask whether projects could be run without biological testing. ...

RD&E is interested in information which relates the «tar»/nicotine ratio to subjective smoke quality. However, this project could produce data pertaining to nicotine such as pharmacological information which would be helpful to plaintiffs. RD&E will begin receiving this information, but will not be interested unless the work deals predominantly with subjective smoke quality. ...

RD&E is interested in information pertaining to the role of nicotine in the smoker's perception of smoke quality. If the reports stick to research data, the reports would be interesting. However, if the reports include discussions of pharmacological effects of nicotine, the information will not be interesting and would be helpful to the plaintiff. RD&E will begin receiving reports from this activity and be prepared to inform BAT to cease sending the data to B&W if the science is not interesting.»<sup>288</sup>

I et dokument fra RJR forteller selskapets forskere at de støtte på motstand fra RJR's advokater da de nærmere gikk inn i studier av hvorfor det kreftfremkallende stoffet benzo(a)pyrene og andre giftstoffer utvikles ved forbrenning av sigaretter, og at de ikke ble tillatt å publisere sine undersøkelser:

«Rodgman [a company scientist] remember that at one point in mid-50s Ramm [a company lawyer] came to his lab and asked him if he in fact had identified benzopyrene and other (carcinogenic) compounds in cigarettes smoke. Rodgman told him that he had, and after looking at Rodgman's notebook, Ramm asked Rodgman why he thought benzopyrene was there. Rodgman explained that there were five indicia of the existence of (it) in cigarette smoke...Ramm then asked; 'Why do you have to be so damned thorough?'

286. Notat fra C. L. Waite til H. R. Kornegay i the Tobacco Institute. (Sitert etter Glantz et al 1996 s 305).

287. Glantz et al 1996 s 243-246, s 302 og s 311-312.

288. Alle disse tre sitatene er fra et notat fra J. K. Wells, ledende advokat i Brown & Williamson, til Ernest Pepples, en annen av Brown & Williamsons ledende advokater, datert 17. februar 1986. (Sitert etter Glantz et al 1996 s 245).



«John Reynolds [company scientist] developed a method (in the mid-1970s) for removing carbon monoxide from mainstream smoke and asked Dr. Laurence [his supervisor] for permission to publish the results of his research. He was told by Laurence that the law department said he could not publish it...»<sup>289</sup>

Gjennom innsynet i tobakksselskapenes arkiver er det for øvrig avdekket at det i hvert fall fra midten av 1980-årene har foregått utsiling av potensielt «farlige» dokumenter for ødeleggelse, og at denne destruksjonsprosessen til dels har vært under advokatkontroll.<sup>290</sup>

### 7.3 Tilbakeholdelse av informasjon og benektelser

---

#### 7.3.1 Tilbakeholdelse av informasjon

I den såkalte «Frank Statement» i landets aviser den 4. januar 1954 fremholdt den amerikanske tobakksindustri at den aktivt ville samarbeide for å få avklart alle helsesspørsmål i forbindelse med tobakksbruk.<sup>291</sup> Den første store prøven kom under den amerikanske helsedirektørs arbeid med sin rapport om tobakk i begynnelsen av 1960-årene. På dette tidspunkt hadde tobakksselskapene allerede en god del kunnskap på bakgrunn av sin egen forskning, blant annet om nikotinets avhengighetsskapende virkning. Helsedirektøren hadde under sitt arbeid anmodet tobakksselskapene om å gjøre tilgjengelig eventuelle forskningsresultater som de måtte ha. Selskapenes dokumenter, for eksempel fra Brown & Williamson, viser at det innad ble diskutert om og i hvilken grad man skulle gi helsedirektøren innsyn i egne tobakksstudier.<sup>292</sup> Tobakksbransjen forventet at helsedirektørens rapport ville konkludere med at tobakksbruk kunne være helseskadelig, og den så med stor bekymring på hvilke virkninger rapporten ville få, såvel i markedet som i forhold til søksmål og lovregulering.<sup>293</sup> Innen Brown & Williamson fant man til slutt at det beste var å se situasjonen an og foreløpig holde tilbake sine tobakksstudier for helsedirektøren. Da rapporten så kom i 1964, ble tobakksselskapene heretter mer opptatt av å imøtegå helsedirektøren og det medisinske samfunn for øvrig enn av samarbeid. Etter hvert ble det derfor en prinsippsak å holde den interne forskningsvirksomheten konfidensiell.

Da det engelske fellesorgan for tobakksselskapene, the Tobacco Manufacturers' Standing Committee, åpnet sitt laboratorium i Harrogate, Storbritannia i 1962, var det den engelske industris policy å publisere sine forskningsresultater.<sup>294</sup> De amerikanske tobakksselskapene var bekymret for at dette skulle få konsekvenser også i USA, for eksempel museeksperimenter som syntes å vise at tobakk var kreftfremkallende. Innen de amerikanske tobakksselskapene ble det derfor innført en streng kontroll med hva som skulle publiseres av interne forskningsstudier.<sup>295</sup> Samtidig erkjente man at i de tilfelle hvor den

289. Begge sitatene er hentet fra et notat datert 31. desember 1985. (Sitert etter USA Today 23. april 1998).

290. Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 495 og s 564-566.

291. Se nærmere i punkt 6.5.2 ovenfor.

292. Glantz et al 1996 s 49-50 og s 70-73.

293. Glantz et al 1996 s 50-56.

294. Glantz et al 1996 s 115.

medisinske forskning i alle fall ville bekjentgjøre helseskadelige virkninger av tobakksbruk, kunne selskapet like gjerne publisere egne relevante forskning-sresultater som et tegn på oppriktighet og god vilje.<sup>296</sup>

Av industriens egne dokumenter har man utover 1990-årene lært at en rekke ulike tilsetningsstoffer er en nødvendig del av det moderne tobakksprodukt, blant annet for smak, tjerereduksjon, forbrenning og tilfredsstillelse av røykerens nikotinbehov. Riktignok har man tidligere – fra omkring begynnelsen av 1980-årene – innen spesielt tobakkskyndige medisinske miljøer hatt en viss kunnskap og mistanke om at tobakksselskapene tar i bruk tilsetningsstoffer. Omfanget av bruken av tilsetningsstoffer har imidlertid vært ukjent, og er den dag i dag på ingen måte fullt avklart. Fra 1980-årene og fremover har helsearbeidere og politikere i forskjellige land med ujevne mellomrom reist krav om at tobakksindustrien må opplyse om eventuell bruk av tilsetningsstoffer i sine produkter, hvilke tilsetningsstoffer som tas i bruk og med hvilke formål. I USA fikk man ved *the Comprehensive Smoking Education Act* i 1984 et lite skritt i denne retning. Tobakksselskapene ble pålagt å informere Det amerikanske sosial- og helsedepartement om hvilke stoffer som tilsettes under produksjonen av tobakksvarer, dog var det intet krav om at kvantumet måtte angis, og loven stilte strenge krav til konfidensiell informasjonshåndtering.<sup>297</sup>

Tobakksselskapenes bruk av tilsetningsstoffer har vært en stadig kilde til bekymring for deres advokater.<sup>298</sup> Industriens omfattende og avanserte anvendelse av tilsetningsstoffer for å oppnå bestemte virkninger, utelukker et forsvar basert på at man bare selger et naturprodukt. Til dette kommer rettslige problemer som følge av at mange av tilsetningsstoffene i seg selv eller i kombinasjon med andre stoffer i tobakksvaren er helseskadelige. Etter hvert som presset mot industrien om å bekjentgjøre sin bruk av tilsetningsstoffer har økt, er tobakksselskapenes advokater derfor blitt opptatt av at helsefarlige tilsetningsstoffer må fjernes fra produksjonsprosessen, samt at alt fortidig materiale og dokumentasjon på dette må destrueres. Med dette har tanken vært på forhånd å sikre at det ikke finnes uheldig informasjon om *gjeldende* tobakksprodukter når kravet om å gi nærmere opplysninger om produksjonsprosessen en gang måtte komme.<sup>299</sup>

Under stort press gikk de store tobakksselskapene i USA i 1994 med på å offentliggjøre en oversikt over tilsetningsstoffer. Også i andre land er det i løpet av siste halvdel av 1990-årene blitt et stadig sterkere krav om å få nærmere innsyn i tobakksindustriens produksjonsprosesser. For eksempel har tobakksindustrien i Storbritannia, etter stort press, oppgitt at den til sammen benytter opptil 600, visstnok lovlige, tilsetningsstoffer i sine sigaretter. Den engelske regjeringen har i februar 1999 bedt tobakksselskapene om en redegjørelse for *hvorfor* de benytter disse tilsetningsstoffene.<sup>300</sup>

295.Glantz et al 1996 s 126 og Kluger 1996 s 575-576.

296.Glantz et al 1996 s 128.

297.Loven er også omtalt i punkt 8.2.3 nedenfor.

298.Glantz et al 1996 s 226-232.

299.Glantz et al 1996 s 230-231.

300.Financial Times 18. februar 1999.

### 7.3.2 Benektelse av at tobakksbruk er helseskadelig

I alle år har de amerikanske tobakksselskapene bestridt at deres produkter er helseskadelige. Tobakksindustrien har måttet finne seg i lovpålagte advarselstekster på tobakkspakninger, men industrien har ikke før helt nylig akseptert advarslenes innhold. Tvert imot, industrien har sterkt gjort gjeldende at statistiske og demografiske data ikke gir tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag for å slå fast at tobakksbruk kan forårsake kreft eller andre sykdommer.<sup>301</sup> Opp gjennom årene finnes det utallige offentlige uttalelser fra tobakksindustriens side vedrørende helsespørsmålet. Her skal bare gjengis noen få eksempler.

Tobakksindustriens tilbakevisninger tok til i begynnelsen av 1950-årene, i forbindelse med legevitenskapens gryende erkjennelse av at tobakksbruk kunne være helseskadelig. The Tobacco Industry Research Committee (TIRC) kunngjorde i sin «Frank Statement to Cigarette Smokers» i 1954 at det på ingen måte var påvist noen sammenheng mellom sigarettøyking og lungekreft:

«Distinguished authorities point out:

That medical research of recent years indicates many possible causes of lung cancer.

That there is no agreement among the authorities regarding what the cause is.

That there is no proof that cigarette smoking is one of the causes.

That statistics purporting to link smoking with the disease could apply with equal force to any of many other aspects of modern life. Indeed, the validity of the statistics themselves are questioned by numerous scientists.»<sup>302</sup>

Samme år uttalte talsmenn for RJR at det ikke fantes fnugg av dokumentasjon på at sigarettøyking kunne forårsake lungekreft:

«...there still isn't a single shred of substantial evidence to link cigarette smoking and lung cancer directly.»<sup>303</sup>

I 1964 tilbakeviste et av styremedlemmene i Philip Morris den amerikanske helsedirektørs rapport fra samme år med simpelt hen å benekte at det fantes noen som helst farlige stoffer i tobakk:

«We don't accept the idea that there are harmful agents in tobacco.»<sup>304</sup>

I 1968 fremhevet en talsmann for Philip Morris at man på tross av iherdig forskningsinnsats ikke hadde klart å finne noen helserisiko ved røyking, og at dette i seg selv styrket tobakksselskapenes argumenter:

«No case against cigarette smoking has ever been made despite millions spent on research...The longer these tests go on, the better our case becomes.»<sup>305</sup>

301.Se nærmere punkt 7.4.1 nedenfor.

302.TIRC: A Frank Statement to Cigarette Smokers, 4. januar 1954. Se også punkt 6.5.2 ovenfor.

303.Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 4.

304.Sitatet er hentet fra Kluger 1996 s 260.

305.Sitatet er hentet fra Kluger 1996 s 325.

I 1971 fremholdt en talsmann for Brown & Williamson at samfunnet ikke var tjent med stadige, ufunderte påstander om at sigarettøyking var helseskadelig:

«It is our opinion...that the repeated assertion without conclusive proof that cigarettes cause disease – however well-intentioned – constitutes a disservice to the public.»<sup>306</sup>

I 1976 forklarte en talsmann for Philip Morris på TV at tobakk ikke inneholdt noen stoffer i en slik mengde at de kunne være helseskadelige. I denne forbindelse viste han til at alt kunne anses som farlig om bare konsentrasjonen ble stor nok, for eksempel eplesaus.

«None of the things which have been found in tobacco smoke are at concentrations which can be considered harmful. Anything can be considered harmful. Apple sauce is harmful if you get too much of it.»<sup>307</sup>

I 1989 ble det nok en gang tilbakevist at det fantes vitenskapelig bevis for at sigarettøyking var farlig. Eksemplet her er hentet fra en uttalelse av the Tobacco Institute i Hong Kong:

«The view that smoking causes specific diseases remains an opinion or a judgement, and not an established scientific fact.»<sup>308</sup>

I 1998 uttalte visepresident og hovedtalsmann for the Tobacco Institute under ed i Minnesotas rettssak mot tobakksindustrien at det ennå ikke var fastslått at tobakksbruk kunne forårsake sykdom:

«We don't believe it's ever been established that smoking is the cause of disease.»<sup>309</sup>

I den samme rettssaken avla Philip Morris' styreformann vitnemål om at han personlig tvilte på om noen mennesker noen gang døde av tobakksrelaterte sykdommer:

«I'm unclear in my own mind whether anyone dies of cigarette smoking-related diseases.»<sup>310</sup>

Noen år tidligere, i 1990, antydte riktignok Philip Morris at tobakksbruk kunne være helseskadelig, men erkjennelsen lå langt inne.<sup>311</sup> I sin årsrapport aksepterte Philip Morris at det var en statistisk årsakssammenheng mellom røyking og lungekreft og enkelte andre sykdommer. I denne forbindelse ble det understreket at beslutningen om å begynne å røyke burde være forbeholdt voksne mennesker som er seg bevisste helserisikoen. I den umiddelbare fort-

306.B & W, The Smoking/Health Controversy: A View From the Other Side, 1971, 8 February. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 9.

307.Thames Television, Death in the West, 1976. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 10.

308.Tobacco Institute of Hong Kong Limited, Introducing the Tobacco Institute, 1989, March. Sitert etter ASH 1998 s 11.

309.Murray Walker, Testimony at the Minnesota Trial, 1998. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 12.

310.Geoffrey Bible, Testimony at the Minnesota Trial, 1998. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 12.

311.Kluger 1996 s 617.

settelse uttrykker Philip Morris sin tro på at røykere rundt om i verden kjenner til helsefarene ved tobakksbruk og at de derfor foretar et bevisst valg.

«We have acknowledged that smoking is a risk factor in the development of lung cancer and certain other human diseases, because a statistical relationship exists between smoking and the occurrence of these diseases. Accordingly, we insist that the decision to smoke, like many other lifestyle decisions, should be made by informed adults. We believe that smokers around the world are well aware of the potential risks associated with tobacco use, and have the knowledge necessary to make an informed decision.»<sup>312</sup>

Som man ser skifter perspektivet her raskt slik at fokuset til slutt egentlig er mer rettet mot den enkelte røykers aksept av risikoen ved å røyke enn mot helserisikoen i seg selv.

Høsten 1999 innledet imidlertid Philip Morris en ny æra i helsedebatten ved at selskapet gjennom en storstilt mediakampanje åpent og på eget initiativ erkjente at tobakksbruk kan forårsake lungekreft og andre dødelige sykdommer.<sup>313</sup> Tidligere hadde Liggett gitt lignende innrømmelser, men det var blitt fremtvunget gjennom det forlik som Liggett inngikk med flere av USAs delstater i 1997.<sup>314</sup> Mediakampanjen er fra Philip Morris' side et forsøk på å gjenreise tobakksindustriens rennomé og å legge helsespørsmålene og søksmålspresset bak seg.<sup>315</sup> I erklæringen uttaler Philip Morris at det innen legeviten- skapen er alminnelig enighet om at sigarett røyking kan forårsake dødelige skader og sykdommer:

«There is an overwhelming medical and scientific consensus that cigarette smoking causes lung cancer, heart disease, emphysema and other serious diseases in smokers.»

Selv om erklæringen synes uforbeholden, kan det reises spørsmål om det ligger noen reservasjon i formuleringen om at det *innen legeviten- skapen* er alminnelig enighet om at tobakksbruk er helseskadelig. Mener Philip Morris med dette bare å referere hva legeviten- skapens oppfatning er, eller slutter den seg også selv til det? Overveldende konsensus innen legeviten- skapen har tidligere ikke fraholdt tobakksindustrien fra imøtegåelser og benektelser. Lest i sin helhet ser det imidlertid ut til at Philip Morris selv erkjenner at sigarett røyking er helseskadelig, om ikke annet oppfordres iallfall røykere om å merke seg *og* stole på myndighetenes advarsler på sigarettpakningene når de beslutter å røyke. Et poeng for Philip Morris er formodentlig å sørge for at valget om å røyke virkelig er et valg som gjøres med kunnskap om helserisikoen (informert samtykke).

### 7.3.3 Benektelse av at nikotin er avhengighetsskapende

Mens legeviten- skapen først i slutten av 1970- og utover 1980-årene ble klar over at nikotin er avhengighetsskapende, har den amerikanske tobakksindus-

312. Sitert etter Kluger 1996 s 617.

313. <http://www.philipmorris.com> – Our Tobacco Business – Tobacco Issues – Health Issues for Smokers (fra og med 12. oktober 1999), Associated Press 13. oktober 1999, Boston Globe 13. oktober 1999 og New York Times 13. oktober 1999.

314. Se nærmere i punkt 10.1 nedenfor.

315. Washington Post 13. oktober 1999 og New York Times 11. november 1999.

trien siden begynnelsen av 1960-årene hatt kunnskap om dette, jf punkt 6.7.1 ovenfor. Likevel har tobakksindustrien hele tiden, inntil nylig, konsekvent benektet at nikotin og tobakksprodukter har noen avhengighetsskapende virkning.<sup>316</sup>

Industriens talsmenn har for det første unnveket spørsmålet ved å problematisere avhengighetsdefinisjonen. Med dette har industrien dels kunnet bringe debatten over i et spørsmål om terminologi, og dels kunnet jevnføre røyking med en hvilken som helst annen vanebasert atferd, som for eksempel TV-titting og kaffedriking. Industrien har videre lagt vekt på å avvise at tobakk kan være avhengighetsskapende under henvisning til at mange mennesker hele tiden klarer å slutte. Illustrerende er et internt notat for hvordan ansatte i Brown & Williamson skal håndtere et spørsmål om røyking er avhengighetsskapende (notatet synes å være fra begynnelsen av 1980-årene):

Q:Aren't cigarettes addictive?

A:It is difficult to discuss addiction today because many people apply the term to many different circumstances. Some people say their children are addicted to TV. The 1964 Surgeon General's report concluded that cigarettes should be classified as habituating, like coffee, and not addictive, like morphine. Many people have given up smoking. Why do some people continue to smoke who say they want to quit? Why do people continue to overeat when they say they are overweight?<sup>317</sup>

Da den amerikanske helsedirektør i 1988 konkluderte med at nikotin var avhengighetsskapende, ble dette kontant tilbakevist av the Tobacco Institute som stridende mot sunn fornuft og uten vitenskapelig dokumentasjon:

«...claims that cigarettes are addictive contradict common sense...An escalation of antismoking rhetoric...without medical or scientific foundation.»<sup>318</sup>

I 1994 understreket visepresidenten i the Tobacco Institute at nikotin tjener et smaksformål:

«Nicotine is essential. It has taste. It has what's called a mouth feel.»<sup>319</sup>

På spørsmål om hvilken rolle nikotin spiller i tobakk, svarer tobakksindustrien den dag i dag at de verdsetter nikotinet kun for dets smaksmessige kvaliteter.<sup>320</sup>

Den 14. april 1994 uttalte de administrerende direktører for USAs syv største selskaper *under ed for Kongressen* at de ikke trodde at nikotin var avhengighetsskapende.

Direktørene var blitt kalt inn til Kongresshøring *av the House Energy and Commerce Subcommittee on Health and the Environment* ved kongressrepresentant Henry Waxman. Bakgrunnen for høringen var sen-

316.Se blant annet Glantz et al 1996 s 100-103, Hiltz 1996 s 147-150, Pringle 1998 s 79-88 og Adams and Brock 1999 s 144-145.

317.Sitert etter Glantz et al 1996 s 101.

318.The Tobacco Institute, Claims That Cigarettes are Addictive Contradict Common Sense, 1988, 16 May. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 20.

319.Brennen Dawson, Face the Nation, 1994, 27 March. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 20.

320.Glantz et al 1996 s 100 og Adams and Brock 1999 s 145.

trale interne dokumenter som utover 1990-årene var kommet frem fra industriens arkiver, og som syntes å vise at industrien lenge hadde hemmeligholdt viktig produkt- og helseinformasjon.

Andrew Tisch, administrerende direktør i Lorillard svarte nei på spørsmål om han mente at tobakk kunne forårsake kreft:

«The data we have been able to see has...been statistical data that has not convinced me that smoking causes death.»

Spørsmålet som gjaldt nikotinavhengighet ble deretter stilt av den demokratiske representanten Ron Wyden fra Oregon:

«Let me ask you first, and I'd like to just go down the row, whether each of you believes that nicotine is not addictive?»

WILLIAM CAMPBELL (administrerende direktør i Philip Morris): «I believe nicotine is not addictive, yes».

JAMES JOHNSTON (administrerende direktør i RJR): «Congressman, cigarettes and nicotine clearly do not meet the classic definitions of addiction».

JOSEPH TADDEO (administrerende direktør i U.S. Tobacco): «I don't believe that nicotine or our products are addictive».

EDWARD HERRIGAN jr. (administrerende direktør i Liggett): «I believe nicotine is not addictive».

THOMAS SANDEFUR (administrerende direktør i Brown & Williamson): «I believe nicotine is not addictive».

DONALD JOHNSTON (administrerende direktør i American Tobacco): «And I, too, believe that nicotine is not addictive.»

I 1996 uttalte den administrerende direktør i BAT at de aldri hadde og aldri ville hemmeligholde informasjon om at røyking var avhengighetsskapende dersom de hadde hatt slik informasjon:

«We have not concealed, and we do not conceal and we will never conceal...we have no internal research which proves that smoking...is addictive.»<sup>321</sup>

Samme år ble det i en offisiell uttalelse fra Philip Morris hevdet at påstanden om at røyking var avhengighetsskapende, var ideologisk betinget og ikke vitenskapelig fundert:

«Those who term smoking an addiction do so for ideological – not scientific – reasons.»<sup>322</sup>

Til sammen har industrien med denne type utsagn, undertiden også støttet av medisinerne, i noen grad lyktes med å underspille og bagatellisere avhengighetsspørsmålet.

Som nevnt i slutten av punkt 7.3.2 foran, satte Philip Morris i gang en stor mediakampanje høsten 1999 hvor selskapet understreker at det innen legeviten skapen er enighet om at tobakk er helseskadelig. I forbindelse med denne kampanjen vedkjenner selskapet seg også at nikotin er avhengighetsskapende slik avhengighetsdefinisjonen brukes i dag.<sup>323</sup> Dette er første gang et

321.The Independent 31. oktober 1996.

322.Philip Morris, Position Statement On A Wide Range of Issues (antatt å være fra 1996). Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 21.

323.<http://www.philipmorris.com> – Our Tobacco Business – Tobacco Issues – Health Issues for Smokers (fra og med 12. oktober 1999), Associated Press 13. oktober 1999, Boston Globe 13. oktober 1999 og New York Times 13. oktober 1999.

tobakksselskap i USA frivillig har vedkjent seg offentlig at nikotin er avhengighetsskapende.<sup>324</sup>

«Cigarette smoking is addictive, as that term is most commonly used today. It can be very difficult to quit smoking, but this should not deter smokers who want to quit from trying to do so.»

Slik vi i forrige punkt reiste spørsmål om det lå noen reservasjon i henvisningen til «enighet innen legevitenskapen» kan man også her reise spørsmål om hva som menes med «slik avhengighetsdefinisjonen brukes i dag». Det tør påpekes at man her kan ane noe av industriens tradisjonelle problematisering omkring avhengighetsdefinisjonen.

#### **7.3.4 Benektelse av at tobakksselskapene påvirker nikotininnholdet eller nikotinvirkningen i sine tobakksprodukter**

Tobakksindustrien har tilbakevist, og tilbakeviser den dag i dag, kategorisk at de påvirker eller manipulerer nikotinet i sine produkter.<sup>325</sup> Da amerikansk media i 1995 kunngjorde at tobakksindustrien tar i bruk ammoniakk for å forsterke nikotineffekten, møtte dette resolutt imøtegåelse fra talsmenn for de store tobakksselskapene. Tobakksselskapene vedgikk riktignok at ammoniakk ble anvendt i produksjonsprosessen, men avviste at formålet var å øke nikotininnholdet eller for å skape avhengighet.<sup>326</sup> Men dette var egentlig intet fyllestgjørende svar, for påstanden var jo at ammoniakk ble benyttet for å øke nikotin *effekten*, slik at mengden nikotin tvert imot kunne reduseres uten samtidig å svekke virkningen. Tobakksselskapene hevder at ammoniakk tilsettes i tobakk for at tobakksbladene ikke så lett skal gå i oppløsning under produksjonsprosessen, samt at ammoniakk i reaksjon med sukker har en gunstig smaksmessig effekt.<sup>327</sup> Dette kan nok være riktig, men det er neppe den fulle sannhet med hensyn til hvorfor ammoniakk brukes, jf også punkt 6.8.2 ovenfor.

Tobakksindustrien har videre avvist at den på annen måte påvirker nikotininnholdet i tobakk blant annet under henvisning til at dette ikke er mulig, idet nikotinet i tobakk følger tjæren i et bestemt og naturlig gitt forholdstall.<sup>328</sup> Det vakte derfor stor oppsikt da det ble avdekket at Brown & Williamson hadde utviklet en særskilt nikotinrik plante gjennom sitt Y-1-prosjekt.<sup>329</sup> Industriens dokumenter viser dessuten at tobakksselskapene nettopp klarte det de hevdet var umulig, nemlig å bryte det naturlige forholdstall mellom tjærestoffer og nikotin i tobakksplanten.<sup>330</sup>

#### **7.3.5 Benektelse av at passiv røyking er helseskadelig**

Fra midten av 1970-årene var tobakksindustrien klar over at røyken som avgis ut i luften fra en brennende sigarett inneholdt flere farlige giftstoffer. Fra slut-

324.I 1997 var Liggett, gjennom et stort forlik med flere av delstatene, blitt tvunget til å innrømme at nikotin er avhengighetsskapende. Se nærmere i punkt 10.1 nedenfor.

325.Se for eksempel Fahs 1996 s 20, Hilts 1996 s 43, New York Times 23. februar 1998 og Adams and Brock 1999 s 143-144.

326.Hilts 1996 s 53-54 og Kluger 1996 s 744-745.

327.Kluger 1996 s 744 og Associated Press 31. mars 1998.

328.Fahs 1996 s 21, Hilts 1996 s 124-127 og Mollenkamp et al 1998 s 111.

329.Se punkt 6.9.2 ovenfor.

330.Se punkt 6.9.3 ovenfor.



ten av 1970-årene og begynnelsen av 1980-årene bekreftet interne forskning-sresultater det legevitenskapen var begynt å antyde; nemlig at passiv røyking ikke bare virket ubehagelig på omgivelsene, men også kunne være direkte helseskadelig. Til tross for dette har tobakksindustrien fra første stund hårdnakket tilbakevist at det finnes dokumentasjon på at passiv røyking er helseskadelig.<sup>331</sup>

I 1977 fremhevet for eksempel talsmenn for BAT at den gryende bekymring omkring passiv røyking var overdreven og at sidestrømsrøyk først og fremst var ubehagelig for omgivelsene, men ikke helsefarlig:

«In our view this [ETS] appears to be an area of exaggerated concern...the question is not really one of a health hazard but perhaps more of an annoyance.»<sup>332</sup>

I 1989 understreket The Tobacco Institute at det ikke fantes noen som helst dokumentasjon på at passiv røyking på offentlig steder kunne være helseskadelig:

«No conclusive proof exists to support the claim that exposure to environmental tobacco smoke in public places is a health risk to non-smokers.»<sup>333</sup>

I 1998 sto Philip Morris for en større opplysningskampanje i Europa, hvor det i en rekke media ble kunngjort at passiv røyking er mindre helseskadelig enn å spise kake eller å drikke melk. Kampanjen ble imidlertid stoppet da markedsrådet i Storbritannia (The Advertising Standards Authority) slo ned på kampanjen som villedende for forbrukerne.<sup>334</sup> Samme år fremholdt John Carlisle i det engelske tobakksorganet Tobacco Manufacturers Association at det ikke fantes statistiske beviser for at passiv røyking kunne forårsake lungekreft:

«There is no statistical evidence linking passive smoking to lung cancer».<sup>335</sup>

Industrien hevder den dag i dag at spørsmålet om passiv røyking og helseskader er helt uavklart.

## **7.4 Aktiv imøtegåelse og motarbeidelse av legevitenskapen**

---

### **7.4.1 Tobakksselskapenes kritikk av legevitenskapens metode**

Et hovedpoeng i industriens tilbakevisning av at tobakksbruk er helseskadelig, har fra første stund vært å påpeke svakheter ved de metodene og det grunnlag som legevitenskapen har bygget på i sine tobakksstudier.

En tidlig utviklet metode innen legevitenskapen for å finne ut om tobakk inneholder kreftfremkallende stoffer, er å påføre barberte mus en tjæreblend-

331.Hilts 1996 s 106-107 og Glantz et al 1996 s 410-416 og s 423.

332.BAT Board Strategies, Smoking and Health, Questions and Answers, 1977, 25 November. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 62.

333.The Tobacco Institute, Smokers' Rights in the Workplace: An Employer Guide, 1989. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 64.

334.Financial Times 16. oktober 1996.

335.The Independent 12. mars 1998.

ing. Tobakksselskapene var imidlertid raskt ute med å bestride holdbarheten av slike museforsøk.<sup>336</sup> Det ble fra industriens side blant annet vist til at resultater fra mus ikke uten videre kunne overføres til mennesker, et argument industrien for øvrig i helsedebatten stadig har gjentatt generelt i forbindelse med dyreforsøk. Det ble videre pekt på at hudtester på mus ikke ga noen indikasjon på hva virkningene var ved *inhalasjon* av tobakksrøyk. For en leperson kan argumentene umiddelbart virke rimelige, men industrien trodde ikke på dem selv. For samtidig som tobakksselskapenes mening utad var at musetester var fullstendig irrelevante for å avklare eventuelle kreft risikoer ved tobakksbruk, viser deres dokumenter at hudtester på mus var en hovedmetode også innen industriens egen forskning om kreftspørsmålet.<sup>337</sup> I dag vet man at applikasjon av tjærestoffer på mus faktisk *undervurderer* kreft risikoen ved sigarett røyking, idet mange av kreftstoffene i tobakk, for eksempel nitrosaminer, oppstår først under forbrenningen.<sup>338</sup>

Innen legevitenenskapen ble det også gjort inhalasjonsforsøk på ulike dyr, forsøk som etter hvert klart viste at det var kreftfarer forbundet med sigarett røyking. Også tobakksselskapene foretok inhalasjonsstudier i sine laboratorier, men igjen var den bestemte holdning utad at slike dyreforsøk ikke kunne overføres til mennesker.<sup>339</sup>

Foruten tilbakevisningen av resultatene fra eksperimentelle forsøk, har det for tobakksindustrien opp gjennom årene vært et hovedanliggende at epidemiologiske og statistiske tall ikke gir tilfredsstillende dokumentasjon på at tobakksbruk er helseskadelig.<sup>340</sup> Synspunktet har hatt en viss gjennomslagskraft overfor myndigheter og rettsapparat fordi det har vært og er ennå ikke avklart nøyaktig hvilke enkeltstoffer i tobakk som forårsaker hvilke typer av kreft og detaljert om årsaksmekanismene. Tobakksindustriens prinsipielle avvisning av epidemiologisk og statistisk metode som sådan er likevel oppsiktsvekkende tatt i betraktning den allmenne vitenskapelige anerkjennelse av metodenes grunnleggende plass i medisinsk forskning. Tobakksindustriens etterlysning etter spesifikk dokumentasjon innebærer i realiteten at legevitenenskapen må kunne påvise hvert eneste fysiologiske og biokjemiske trinn i utviklingsprosessen av sykdom.<sup>341</sup> Hvis vi for eksempel tenker oss et individ med lungekreft, må det ifølge tobakksindustrien altså vises at vedkommende individ gjennom tobakksbruk en gang i sin fortid skapte genetisk skade i en bestemt luncelle, at skader i denne cellen ga defekte reguleringsproteiner, at dette igjen forårsaket ukontrollert celledeling osv.<sup>342</sup> Men med slike krav til dokumentasjon kan ingen vitenskap eksistere. På kammerset ble det da også erkjent at industrien drev med taktikkeri i helsedebatten:

«The industry has retreated behind impossible demands for 'scientific proof' whereas such proof has never been required as a basis for action in the legal and political fields...It may therefore be concluded that for

336.Glantz et al 1996 s 108, s 114, s 132-133 og s 187.

337.Glantz et al 1996 s 108, s 114, s 132-133 og s 187.

338.Glantz et al 1996 s 108.

339.Glantz et al 1996 s 134.

340.Glantz et al 1996 s 140, Hilts 1996 s 17-18, ASH 1998 s 63 (sitat fra BAT, 1986) og Pringle 1998 s 117-118.

341.Hilts 1996 s 18.

342.Hilts 1996 s 18.

certain groups of people smoking causes the incidence of certain diseases to be higher than it would otherwise be...A demand for scientific proof is always a formula for inaction and delay and usually the first reaction of the guilty.»<sup>343</sup>

Tobakksselskapenes forskningsdokumenter viser igjen at industrien *internt* aksepterte holdbarheten av epidemiologiske og statistiske tall.<sup>344</sup>

#### 7.4.2 Tobakksselskapenes deltagelse i The Tobacco Working Group

I slutten av 1960-årene ble det på initiativ av det amerikanske kreftinstitutt (The National Cancer Institute) uformelt etablert en arbeidsgruppe for å se nærmere på hvordan man kunne redusere helsefaren ved tobakksprodukter.<sup>345</sup> Gruppen fikk sin formalisering ved å bli tildelt dette som utredningsoppgave av det amerikanske sosial- og helsedepartement i 1973. *The Tobacco Working Group* (TWG) ble bredt sammensatt, med representanter fra så vel offentlige myndigheter som fra legevitenskapen og de fire tobakksselskapene Philip Morris, RJR, Lorillard og Liggett. Gruppen tok som utgangspunkt at røyking ville vedvare i overskuelig fremtid, og at innsats burde settes inn på å fjerne giftstoffene i tobakk og å redusere røykmengden ved inhalasjon. Gruppen la vekt på at det på markedet burde finnes mildere tobakksprodukter som i en overgangsfase kunne hjelpe røykere som prøvde å slutte.<sup>346</sup> TWG ble oppløst i august 1977, men fortsatte å møtes uformelt.

Tobakksselskapenes interne papirer viser at selskapenes hovedmotivasjon for å delta i TWG var å holde seg orientert om og å påvirke myndighets ståsted i tobakksdebatten.<sup>347</sup> Tobakksselskapene delte ikke sine egne kunnskaper og forskningsresultater med gruppen. Tvert imot understreket industriens representanter at de ikke ville godta at tobakksprodukter var helseskadelige, og de reiste spørsmål ved holdbarheten av mange av de medisinske studier som TWG bygget sitt arbeid på. Denne opposisjonelle grunnholdning skapte friksjon mellom tobakksselskapenes representanter og TWGs forskere, og det hemmet TWGs arbeid.

#### 7.5 Koordinering innen industrien av informasjon og opptreden utad

---

Etter hvert som spørsmålet om skadevirkningene av tobakksbruk ble mer og mer aktuelt fra 1950- og 1960-årene, ble det av største viktighet for tobakksindustrien at de ulike selskapene utad fremsto som en enhet og med felles front i helsedebatten. Hvis selskapene ikke sto samlet om disse viktige spørsmålene, fryktet man innen industrien at den ville få et troverdighetsproblem.

Denne grunnholdning førte for det første til at tobakksselskapene i Storbritannia, USA og andre industriland (den internasjonale tobakksindustri)

343.S. Green (BAT), *Cigarette Smoking and Causal Relationships*, 1976, 27 October og S. Green, *Smoking, Associated Diseases and Causality*, 1980, 1 January. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 10.

344.Glantz et al 1996 s 441-442.

345.Glantz et al 1996 s 155.

346.Glantz et al 1996 s 160-161.

347.Glantz et al 1996 s 155-162.

som utgangspunkt synes å ha vært like opptatt av å samarbeide og dele informasjon på helsedebattens område, som å oppnå konkurransemessige fordeler i forhold til hverandre. For eksempel ble slikt samarbeid presentert som en hovedpolicy for BAT allerede i 1962:

«The Board has decided that if this Company makes any significant scientific discovery clearly relevant to health it will share its knowledge with its co-members of TMSC [Tobacco Manufacturers' Standing Committee] and not seek to obtain competitive commercial advantage.»<sup>348</sup>

I et brev fra 1963, fra ledelsen i BAT til ledelsen i Brown & Williamson, uttales det at BAT hadde bestemt seg for å sende resultatene av sine nikotinstudier under Hippo-prosjektene til the Tobacco Research Council (TRC) i Storbritannia og til the Tobacco Industry Research Committee (TIRC) i USA.<sup>349</sup> Av et konferansereferat fra 1982 fremgår det at BAT var åpen for å dele sine nitrosaminstudier med tobakksindustrien for øvrig.<sup>350</sup>

Målsetningen om å være samkjørt innen industrien, førte for det andre til at man ble opptatt av at enkeltsselskaper ikke lekket uheldig informasjon. For mens tobakksselskapene på den ene siden var villig til å meddele forskningresultater til hverandre, var de på den andre siden tidlig bestemt på at viktig informasjon om helsespørsmålet ikke uten videre skulle deles med myndigheter og legevitenenskapen. Denne enhetstanken fikk undertiden utslag som fremstår som ganske eksepsjonelle innen næringslivet. For eksempel hendte det at større selskaper som Philip Morris ytet mindre selskaper som Liggett juridisk bistand, enten ved å stille egne advokater til disposisjon eller ved å dekke advokatregninger.<sup>351</sup>

Videre ser det ut til at det fra tidlig av har eksistert en uformell forståelse mellom hovedselskapene innen den amerikanske tobakksindustri om at selskapene skal avstå fra forskning som kan resultere i konklusjoner som ikke vil tjene industriens sak. Et notat fra visepresidenten i Philip Morris i 1965 påpeker således at til tross for denne avtalen syntes enkelte tobakksselskaper å ha intensivert sine undersøkelser av sigarettøyk:

«We have reason to believe that in spite of gentlemen's agreement from the tobacco industry in previous years that at least some of the major companies have been increasing biological studies within their own facilities.»<sup>352</sup>

Opp gjennom årene har det vært noen episoder hvor enkeltsselskaper har brutt det enhetsinntrykk som industrien har forsøkt å etablere og opprettholde utad. For eksempel skapte det ergrelse innen tobakksindustrien da Lorillard i begynnelsen av 1960-årene uten varsel lanserte det nye Kentfilteret som et gjennombrudd med hensyn til forsøkene på å redusere farlige giftstoffer.<sup>353</sup>

348. Sitatet er hentet fra Glantz et al 1996 s 113. Se også Glantz s 120.

349. Glantz et al 1996 s 70. HIPPO-prosjektene er omtalt i punkt 6.7.1 ovenfor.

350. Glantz et al 1996 s 402 nederst.

351. Mollenkamp et al 1998 s 61 og Rhybak and Phelps 1998 s 152-153.

352. Helmut Wakeham, Need for Biological Research by Philip Morris, Research and Development. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 7.

353. Se punkt 6.11.6 ovenfor.

Og da Liggett i midten av 1990-årene plutselig innrømmet at nikotin var avhengighetsskapende, vakte det stor uro innen industrien.<sup>354</sup>

## 7.6 Lobbyvirksomhet og finansiell støtte til politikere

---

### 7.6.1 Lobbyvirksomhet

Tobakksindustrien utgjør en sterk interessegruppe i USA og internasjonalt. Foruten de enorme tobakksselskapene i seg selv, representerer for eksempel tobakksselskapene i USA en landbruksnæring på over 124 000 gårder, den amerikanske industrien leverer produkter som utgjør en fjerdedel av dagligvarenæringens inntekter, industrien betaler avgifter på sine produkter som beløper seg til flere milliarder dollar årlig i de føderale og delstatlige budsjetter, og industrien er en av landets mest rundhåndete sponsorer av diverse sportsarrangementer, kulturbegivenheter, kulturinstitusjoner og ideelle organisasjoner.<sup>355</sup> I tillegg til dette har tobakksindustrien i alle år i USA ytet økonomisk støtte til en rekke politikere, såvel på føderalt som på delstatlig plan, jf. nærmere nedenfor. The American Economics Group har ut fra beregninger gjennomført i 1996 antatt at tobakksindustrien i 1994 sto for nesten 45 milliarder dollar av USAs brutto nasjonalprodukt og at tobakksbransjen opprettholdt over 660 000 arbeidsplasser.<sup>356</sup>

Tobakksindustrien har lange tradisjoner for å drive en omfattende og gjennomslagskraftig lobbyvirksomhet. Hovedområdene for lobbyvirksomheten er i det store og hele den offentlige regulering av tobakksmarkedet, avgiftsbeleggingen av tobakksprodukter og tobakksjordbruket.

Lobbyvirksomheten er meget utviklet.<sup>357</sup> Det er ikke kjent hvor mange lobbyister som per i dag arbeider for industrien, men tallet er i hvert fall 150 som konsentrerer seg om Kongressen, og minst 200 spredt omkring i USA på delstatlig og lokalt nivå.<sup>358</sup> Bare i 1996 brukte tobakksindustrien 26 millioner dollar til å finansiere lobbyvirksomhet overfor Kongressen.<sup>359</sup>

I delstatene, hvor anti-tobakksbevegelsene stort sett har hatt større suksess enn i hovedstaden, er det ukjent hvor mye penger tobakksindustrien har brukt og bruker på lobbyvirksomhet. Man vet imidlertid at beløpene er meget betydelige. For eksempel ble det i California alene brukt minst 4 millioner dollar i 1989–90 til valgkampanjebidrag og til å finansiere de mer enn 24 tobakkslobbyister som opptrådte overfor Californias lovgivende forsamling. I 1994

354.Se punkt 10.1 nedenfor.

355.Lewis 1998 s 108 og Heyes 1999 s 79-81.

356.Jf opplysninger på website: <http://www.tobaccoresolution.com> – «Industry Facts».

357.Tobakksindustriens lobbyvirksomhet overfor lovgiver og pengestøtte til politikere har vært et stadig tilbakevendende tema i amerikanske aviser de siste årene. Her kan det bare henvises til noen større artikler. Se for eksempel Chicago Tribune 4. juli 1996, The Cincinnati Inquirer 18. juli 1996, Los Angeles Times 29. oktober 1996, New York Times 6. juli 1996 og 12. mars 1998, Washington Post 30. september 1996, 20. og 31. desember 1997 og 13. og 19. mars 1998, Boston Globe 14. september 1999 og Associated Press 28. september 1999. Se også Sweada and Daynard 1998 og Glantz and Balbach 2000. En inngående studie av tobakksindustriens lobbyvirksomhet i de enkelte delstater, er inntatt på website: <http://www.library.ucsf.edu/tobacco> – «State Reports on Tobacco Industry Activity».

358.Lewis 1998 s 117.

359.Lewis 1998 s 107.

brukte tobakksindustrien minst 3,3 millioner for å bekjempe et forslag om å tredoble de statlige tobakksavgifter i Michigan (tobakksindustrien tapte kampen). Samme år brukte industrien hele 12,5 millioner dollar for å få gjennom en samlet tobakkslov i California til erstatning for omkring 300 ulike tobakksreguleringstiltak på lokalt plan i staten (tobakksindustrien fikk ikke gjennom loven).<sup>360</sup>

Til alt dette kommer et omfangsrikt system av frontorganisasjoner og grupper som målbærer industriens interesser. Et eksempel på en slik interesseorganisasjon kan formodentlig være den amerikanske røykeforening (the National Smokers Alliance), som ble etablert i 1993 på grunnlag av en startkapital på 1 million dollar fra Philip Morris.<sup>361</sup> The National Smokers Alliance beskriver seg selv som en ideell interesseorganisasjon som skal arbeide mot overdreven offentlig regulering og avgiftsbelegging av tobakksprodukter, samt motarbeide diskriminering av røykere på offentlige steder og arbeidsplasser.<sup>362</sup> Organisasjonen hevder å ha 3 millioner medlemmer. Medlemsavgiften er 10 dollar årlig, men i henhold til organisasjonens innberetninger til skattemyndighetene for 1996 brakte medlemsavgiftene inn bare omkring 75 000 dollar av organisasjonens årlige inntekt på 9 millioner dollar.<sup>363</sup>

I perioden fra 1987 til 1992 bidro tobakksindustrien videre med 500 000 dollar til the American Civil Liberties Union (ACLU), en interesseorganisasjon kjent for å motarbeide blant annet regulering av tobakksmarkedet under henvisning til enkeltindivids frihet.<sup>364</sup>

Tilsvarende interesseorganisasjoner for røykere kjenner vi også fra Norden: Smokepeace (Sverige), Hu-Tu (Finland), Hen-Ry (Danmark) og Røykringen (Norge). Disse organisasjonene mottar alle økonomisk støtte fra tobakkselskapene og har alle et nært bånd til tobakksindustrien i sine land.<sup>365</sup>

### 7.6.2 Finansiell støtte til politikere

I nær sammenheng med lobbyvirksomheten har tobakksindustrien lang tradisjon for å yte økonomisk støtte direkte til valgkamper og enkeltpolitikere i USA, både til det demokratiske og til det republikanske parti.<sup>366</sup> Det bør understrekes at det som utgangspunkt ikke er ulovlig i USA å gi eller å ta imot slike bidrag såfremt de anmerkes i det offentlig tilgjengelige bidragsregister. I perioden fra 1987 til 1996 ga tobakkselskapene 17,7 millioner dollar til enkeltrepresentanter i Kongressen, og bidro i tillegg med minst 12,7 millioner dollar til de to politiske hovedpartiene.<sup>367</sup> Dertil kommer i denne perioden omkring 2 millioner dollar i foredragshonorarer til enkeltrepresentanter.<sup>368</sup>

360. Eksemplene er hentet fra Kluger 1996 s 683. Se også Glantz and Balbach 2000.

361. Lewis 1998 s 120.

362. Se for eksempel organisasjonens hjemmeside på website: <http://www.speakup.org/>. (Pr august 1999).

363. Lewis 1998 s 120.

364. Kluger 1996 s 684. Se også Fahs 1996 s 143-158.

365. Löwenberg 1992 s 47-70.

366. Fahs 1996 s 3-7, Hilts 1996 s 183 og Lewis 1998 kapittel 6.

367. Lewis 1998 s 107.

368. Lewis 1998 s. 107.

Et eksempel på finansiell støtte på delstatsplan, er tobakksselskapenes bidrag på minst 600 000 dollar til New Yorks lovgivende forsamling i 1993. Dette utgjorde mer enn hva noen annen industri eller interessegruppe ytet.<sup>369</sup>

Foruten slik direkte økonomisk støtte, hender det visstnok ganske ofte at politikere og representanter for myndighetene inviteres av tobakksselskapene til gratis opphold på eksklusive steder i og utenfor USA, gjerne med familie.<sup>370</sup> Det er ingen hemmelighet at formålet med slike arrangementer er å diskutere tobakkslovgivning og andre tobakksrelaterte temaer. Som oftest er imidlertid slike møter lukket for offentligheten, noe som gjerne begrunnes med behovet for en fri og privat atmosfære omkring diskusjonene.<sup>371</sup> Omfanget av denne type arrangementer er ukjent, idet såvel industrien som politikere er meget tilbakeholdne med å gi informasjon om dette. Den private journalistorganisasjonen *The Center for Public Integrity*, som er meget kritisk til denne type kontakt mellom politikere og tobakksselskaper, melder at det i perioden fra 1991 til 1997 fant sted minst 142 slike industrifinansierte turer og arrangementer, og hvor det til sammen deltok minst 54 lovgivningsrepresentanter og flere hundre medarbeidere.<sup>372</sup>

### 7.6.3 Hva har tobakksindustrien oppnådd ved sin kontakt med politikere og myndigheter?

Det ligger i sakens natur at den her omtalte kontakt mellom tobakksindustrien på den ene siden og politikere og andre representanter for offentlige myndigheter på den andre siden, i hvert fall i viss grad, skaper vennskap og meningsfeller. I seg selv er dette selvsagt ikke galt. Det prinsipielt betenkelige er hvis pengestøtte og samkvem skulle påvirke den politiske uavhengighet.

Undertiden har man sett oppsiktsvekkende eksempler på forhold som kan tyde på slike betenkelige bånd mellom politikere og tobakksindustrien. Da Det republikanske parti fikk sin store valgseier i 1994, uttalte for eksempel republikaneren Tom Bliley, hvis hovedsponsor i valgkampen hadde vært Philip Morris, at da han nå hadde overtatt ledelsen av handelskomiteen i Representantenes hus, hadde tobakksindustrien fått en venn.<sup>373</sup> Denne komiteen hadde tidligere, under demokraten Henry Waxmans ledelse, vært meget kritisk og pågående overfor tobakksindustrien. Det var for eksempel denne komiteen som våren 1994 hadde kalt tobakksselskapenes direktører inn på teppet for å forklare seg om sine produkters innhold og virkninger, jf punkt 7.3.3 ovenfor.

Det er vanskelig å angi med sikkerhet om tobakksindustrien har oppnådd konkrete resultater som følge av sin lobbyvirksomhet og kontakt med politikere. En viss varsomhet er nok på sin plass her, også fordi en påvirkning i seg selv ikke nødvendigvis er utilbørlig. Det er dessuten ikke slik at tobakksindustrien i USA er holdt utenfor enhver lovregulering. Industrien har måttet finne seg i markedsføringsbegrensninger, aldersgrenser for kjøp av tobakksprodukter såvel som advarselsmerking, samt røykerestriksjoner i forbindelse med passiv røyking.<sup>374</sup>

369.Kluger 1996 s 683.

370.Hilts 1996 s 183, Kluger 1996 s 683-684 og Lewis 1998 s 112-114.

371.Lewis 1998 s 112-113.

372.Lewis 1998 s 113-114.

373.Lewis 1998 s 109-110.

Det må imidlertid kunne pekes på at antallet lovgivningsmessige fremstøt som på tobakkens område har falt i Kongressen, er påfallende stort. Før 1983 ble det fra Kongressens side egentlig ikke gjennomført én eneste lov som tobakksselskapene gikk absolutt imot. Lovvedtakene i 1960-årene om markedsføringsbegrensninger og advarselsmerking var i realiteten ført i pen-  
nen av tobakksselskapenes lobbyister for å forhindre enda strengere reguler-  
ing av tobakksbransjen.<sup>375</sup> Etter 1983 har tobakksselskapene tapt noen  
kamper i Kongressen, men meget få. For eksempel ble det i perioden 1987–88  
foreslått 145 reguleringstiltak i Kongressen. 144 av dem ble nedstemt. Den  
eneste lov som gikk gjennom, var et røykeforbud på flyreiser av inntil to timers  
varighet. I perioden 1991–92 ble det i Kongressen foreslått 29 lovgivningsved-  
tak vedrørende tobakksbruk. Også denne gang gikk kun ett forslag gjennom,  
nemlig opphevelse av en føderal subsidieordning for tobakksmarkedsføring i  
utlandet.<sup>376</sup> Fra en enkeltindustris synspunkt er denne rekke av lovgivnings-  
politiske seire historisk.

Det er i denne sammenheng interessant å merke seg at mens Kongres-  
sens vedtak stort sett har vært i tobakksselskapenes interesse, har industrien  
gjennomgående lidd nederlag når spørsmålene om tobakksregulering er lagt  
ut til folkeavstemning. For eksempel ble det i 1993 lagt ut til folkeavstemning  
240 forslag til tobakksregulering på lokalt plan. Hele 214 fikk flertall blant vel-  
gerne, mens 26 ble avvist.<sup>377</sup>

Videre finnes det ganske mange eksempler på reguleringsmessige unntak  
og annen lovgivning til fordel for tobakksindustrien, enkelte av dem er nokså  
eiendommelige. For det første har man, til tross for at det lenge har vært kjent  
at tobakksbruk medfører omfattende helseskader (selv om man ikke har har  
hatt all nødvendig kunnskap), holdt tobakksprodukter utenfor nærmest eth-  
vert viktig lovgivningstiltak til beskyttelse av forbrukeres helse og trygghet.  
Det gjelder blant annet de ulike lovene om krav til produktstandarder og  
produktkontroll; the Federal Hazardous Substances Act 1960, the Fair Label-  
ing and Packaging Act 1966, the Controlled Substances Act 1970, the Con-  
sumer Product Safety Act 1972 og the Toxic Substances Act 1976.<sup>378</sup> Og selv  
om tobakksindustrien har måttet avfinne seg med helseadvarsler på siga-  
rettpakninger, har industrien i noen grad lyktes med å påvirke utformingen av  
advarslene. For eksempel har industrien gjennom lobbyvirksomhet forhin-  
dret at ordet «avhengighet» («addiction») forekommer i noen advarselstekst.  
379

For det andre har tobakksselskapene i alle år vært ansett for å falle utenfor  
myndighetsområdet til the Food and Drug Administration (FDA). Tobakk og  
nikotin ligger også utenfor området til The Consumer Product Safety Com-  
mission, The Environmental Protection Agency og The U. S. Occupational  
Safety and Health Administration.<sup>380</sup> I stedet er oppsynet med tobakksindus-  
trien ansett å tilligge the Federal Trade Commission (FTC), som i første rekke

374. Nærmere om lovgivningen i USA, kapittel 8 nedenfor.

375. Hilts 1996 s 177.

376. Tallene er hentet fra Hilts 1996 s 177.

377. Hilts 1996 s 177.

378. Hilts 1996 s 112, Kluger 1996 s 375 og Jacobson, Wasserman & Anderson 1998 s 48.

379. Glantz et al 1996 s 59-60.

380. Orey 1999 s 95-96.



konsentrerer seg om markedsførings- og konkurransemessige spørsmål, altså et langt mer begrenset område enn FDA (og de øvrig nevnte organene). Opprinnelig var tobakk/nikotin oppført på FDAs liste over «drugs» da FDA ble opprettet i 1906, men dette ble raskt fjernet fra listen, angivelig etter aktiv lobbyvirksomhet fra tobakksindustriens representanter.<sup>381</sup> Selv etter at man innen legevitenskapen utover 1980-årene fikk sikker kunnskap om at nikotin hadde sterke virkninger på hjernen, ble tobakk ikke ansett som et naturlig område for FDA. Og kompetansespørsmålet er endog sterkt omstridt den dag i dag selv om man nå vet at tobakksselskapene selv lenge har basert sin virksomhet på inngående kunnskaper om nikotinets avhengighetsskapende virkninger på brukerne.<sup>382</sup>

For det tredje må det kunne sies at den amerikanske tobakksindustri har sluppet nokså lett fra avgifter på sine produkter, i hvert fall sammenlignet med sine kolleger Europa. Tobakksavgifter til føderale, delstatlige og lokale myndigheter utgjorde per 1996 til sammen omkring 30 % av utsalgsprisen, det vil si i alt 13,5 milliarder dollar (ca 105 milliarder norske kroner). Av dette representerte sigarettsalget 97 % av avgiftsinntektene.<sup>383</sup>

Tradisjonelt har de føderale myndigheter i USA hatt de laveste tobakksavgifter på sigarettpakninger av alle vestlige land.<sup>384</sup> I hele perioden fra 1951 til 1983 sto den føderale tobakksavgiften uendret.<sup>385</sup> I 1990 ble den føderale tobakksavgiften per sigarettpakning øket med 8 cents (til 24 cents), men først etter at tobakksindustriens lobbyrepresentanter gjennom en stor offensiv lyktes å redusere det opprinnelige forslaget om å øke avgiften med 16 cents per pakning.<sup>386</sup> Utenom denne økningen i 1990 ble det i perioden fra 1987 til 1994 i Kongressen fremmet mer enn 30 forslag om å forhøye tobakksavgiften, men ikke ett av dem gikk gjennom.<sup>387</sup> På delstatsplan derimot har tobakksindustrien med vekslende hell kjempet mot tobakksavgifter. Av intern korrespondanse i Philip Morris fremgår det at tobakksselskapet i 1989 klarte å forhindre en økning av Missouris sigarettavgifter ved å yte valgkampanjebidrag på 134 000 dollar og 85 000 i lønn til lobbyrepresentanter.<sup>388</sup> Ved økonomiske bidrag og kontakter hadde Philip Morris i 1990-årene samme suksess blant annet i Arizona og Oklahoma, mens den tapte kampen om avgiftsøkning i Michigan.<sup>389</sup>

For det fjerde mottar tobakksjordbruket store statlige subsidier. Årlig beløper dette seg til omkring 1 milliard dollar.<sup>390</sup>

381.Se blant annet Hilts 1996 s 110.

382.Se punkt 8.5.5 nedenfor om de store rettssakene om FDAs kompetanse.

383.Disse tallene er hentet fra website: <http://www.tobaccoresolution.com> – «Industry Facts».

384.Hilts 1996 s 179 og Lewis 1998 s. 115.

385.Lewis 1998 s. 115.

386.Lewis 1998 s. 115-116.

387.Lewis 1998 s. 115.

388.Kluger 1996 s 685.

389.Kluger 1996, hhv s 685-686 og s 683.

390.Lewis 1998 s. 108.

## 7.7 Den amerikanske tobakksindustris markedsføring av sine produkter

### 7.7.1 Innledning

Siden den første tobakksreklame dukket opp i 1789 har tobakksselskapene ført an som pionerer innen reklame og markedsføring.<sup>391</sup> Et særtrekk ved tobakksreklamen har fremfor alt vært tiltalende og stilfull billedbruk kombinert med antydningens og symbolikkens kunst. En betydelig del av tobakksselskapenes budsjetter har i de siste 50 årene vært viet markedsføring i et bredt spekter av fora. I dag bruker tobakksindustrien i USA årlig omkring 5 til 6 milliarder dollar på markedsføring.<sup>392</sup> Inntil forbudet mot å reklamere for tobakk i radio og kringkasting ble innført i 1969, sto tobakksindustrien for 70 % av TV-selskapenes reklameinntekter.<sup>393</sup> Etter 1969 har tobakksindustrien måttet gå over til andre medier, særlig blader, aviser, tidsskrifter, salgsplakater i vinduene til tobakksforhandlere og ikke minst store billboards langs veier, på bygninger, på idrettsarenaer og på kollektive transportmidler. Av mer subtile former for markedsføring kan nevnes bruk av bransjelogoeer på ikke-tobakksrelaterte tobakksprodukter, for eksempel på T-shirts, caps, hatter, ryggsekker, bags og pins, samt bruk av logoer og varemerker i spillehaller, fornøylesparker og i film. Produktprofilering skjer videre gjennom sponning av idrettsdeltakere og ulike arrangementer og begivenheter, typisk motorsport og rodeo. I løpet av de siste årene har tobakksselskapene aktivt tatt i bruk markedsføring via iøynefallende hjemmesider på Internett. Internettet ligger utenfor nasjonal lovgivningskontroll, og det ser det ut til at mange av tobakksselskapene har utnyttet. For eksempel reklameres det på Internett for sigarettmerkene Camel og Lucky Strike uten en gang noen form for helseadvarsel.<sup>394</sup>

### 7.7.2 «Health-oriented» og «Health-image»- sigaretter

Dokumenter fra BAT og Brown & Williamson i slutten av 1960-årene viser at man innen tobakksselskapet opererte med to typer av begreper og målsetninger i forhold til helsespørsmålet.<sup>395</sup> Ledelsen i tobakksselskapet mente at man for det første burde forsøke å finne frem til produkter som virkelig reduserer giftstoffene og helsefarene; såkalte «*health-oriented*»-sigaretter. For det andre var oppfatningen at selskapet også burde imøtekomme markedets behov og ønske om sigaretter med lavere tjære- og nikotininnhold selv om dette ikke nødvendigvis ville innebære helsemessig bedre produkter; såkalte «*health-image*»-sigaretter. I et møtereferat fra 1968 skrevet av konferanseleder Dr. S. J. Green i BAT heter det om dette:

«Research staff should lay down guide lines against which alternative products can be chosen in everyday operations. Although there may, on occasions, be conflict between saleability and minimal biological activity, two types of products should be clearly distinguished, viz:

A Health-image (health reassurance) cigarette.

391.Petrone 1996.

392.Hilts 1996 s 78, Lewis 1998 s 124 og Pringle 1998 s 161.

393.Kluger 1996 s 302.

394.Wall Street Journal 4. juni 1998.

395.Glantz et al 1996 s 26, 103-104, 113-114, 118 og 129-130.

A Health-oriented (minimal biological activity) cigarette, to be kept on the market for those consumers choosing it.»<sup>396</sup>

Begrepet «biological activity» er en omskrivning for «giftvirkning» og forekommer i en rekke forskningsdokumenter fra BAT og Brown & Williamson.<sup>397</sup> I et brev fra Brown & Williamsons tekniske sjef dr R. A. Sanford til dr Green søkes denne grensedragningen klargjort ved å påpeke at «health-image» sigaretter er slike som forbrukerne *tror* er helsemessig bedre, for eksempel «light»-produktene (lav-tjære og lav-nikotin-sigarettene), mens «health-oriented» sigaretter derimot er sigaretter som i liten grad *er* helseskadelige:

«It was also recognized that there are two types of health products possible and that they should be distinguished.

Health image (health reassurance cigarette) such as low tar-low nicotine cigarette which the public accepts as a healthier cigarette and

Health-oriented cigarette which has a minimal biological activity; for example, one which would yield a near zero reading in a mouse skin painting test?»<sup>398</sup>

Med dette ser det ut til at BAT og Brown & Williamson allerede i 1968 erkjente at «light»-produktene ikke i nevneverdig grad var helsemessig bedre, men at produksjonen og salget av dem først og fremst var for å berolige et helseorientert marked.

## 7.8 Særlig om markedsføring rettet mot ungdom

### 7.8.1 Tobakksselskapenes interesse for ungdomsmarkedet

Over 80 % av dem som blir dagligrøykere begynner å røyke i tenårene, en god del så tidlig som i 13–15 års alderen. Det later til at nikotinavhengigheten inntreffer spesielt raskt hos unge røykere. Tobakksindustrien synes tidlig å ha blitt oppmerksom på hvilken betydning ungdomsmarkedet hadde for bransjen. Det er i dag avdekket en rekke dokumenter som viser hvor opptatt tobakksselskapene har vært og fortsatt er av å rekruttere nye kunder blant ungdommen.<sup>399</sup>

For eksempel fremhevet en av lederne for Philip Morris i 1957 at det var viktig å fokusere markedsføringen mot ungdom fordi ungdom er villig til å prøve nye ting, og hvis de først liker røykingen så holder de seg ofte til det samme sigarettmerke og påvirker hverandre:

«...hitting the youth can be more efficient even though the cost to reach them is higher, because they are willing to experiment, they have more influence over others in their age group than they will later in life, and they are far more loyal to their starting brand.»<sup>400</sup>

396. Sitert etter Glantz et al 1996 s 129.

397. Glantz et al 1996 s 129, s 154 og s 400.

398. Sitert etter Glantz et al 1996 s 129.

399. Se blant annet Fahs 1996 s 131-133 og s 135-136, Hilts 1996 kapittel 6, Nader and Smith 1996 s 30-31, Los Angeles Times 15. januar 1998, Washington Post 15. og 16. januar 1998, New York Times 16. januar 1998, USA Today 16. januar 1998, San Francisco Chronicle 16. januar 1998, Newsweek 26. januar 1998, Pringle 1998 kapittel 8, Heyes 1999 kapittel 7, King og Siegel 1999 og Perry 1999.

400. Sitatet er hentet fra Hilts 1996 s 77.

I 1973 ble det understreket av ledelsen i RJR at det var helt nødvendig for selskapets fremtid å sikre seg sin andel av ungdomsmarkedet, og at det gjaldt å skape den rette appell omkring nye sigarettmerker:

«At the outset it should be said that we are presently, and I believe unfairly, constrained from directly promoting cigarettes to the youth market...if our company is to survive and prosper, over the long term we must get our share of the youth market...Thus we need new brands designed to be particularly attractive to the young smoker, while ideally at the same time appealing to all smokers...Perhaps these questions may be best approached by consideration of factors influencing pre-smokers to try smoking, learn to smoke and become confirmed smokers.»<sup>401</sup>

Innen RJR satte man imidlertid en etisk nedre aldersgrense på 14 år:

«The lower age limit for the profile of young smokers is to remain at 14.»<sup>402</sup>

...  
«Marketing Goals: Increase our Young Adult Franchise: 14–24 age group in 1960 was 21 % of the population; in 1975 will be 27 %. As they mature, will account for key market share of cigarette volume for next 25 years... .We will direct advertising appeal to this young adult group without alienating the brand's current franchise.»<sup>403</sup>

...  
«To ensure increased and longer-term growth for Camel Filter, the brand must increase its share penetration among the 14 to 24 age group which have a new set of more liberal values and which represent tomorrow's cigarette business.»<sup>404</sup>

I 1980-årene ser det dog ut til at RJR ikke praktiserte 14-års grensen så strengt, idet det i et notat om et bestemt markedsføringsprosjekt tales om å erobre unge Marlboro-røykere i alderen 13–24 år:

«Project LF is a wider circumference non-menthol cigarette targeted at younger adult male smoker (primarily 13–24 year old Marlboro smokers).»<sup>405</sup>

Brown & Williamson synes å ha fokusert på markedet i alderen 15 til 24 år:

«Target audience for the sampling effort on KOOL King Size includes both Men and Women in the 15–24 age group.»<sup>406</sup>

Philip Morris på sin side, var opptatt av røykeandelen blant ungdom helt ned i 12 års alderen:

401.C. Teague Jnr., Research Planning Memorandum on Some Thoughts About New Brands of Cigarettes for the Youth Market, 1973, 2 February. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 25.

402.RJ Reynolds, Summary of Decisions Made in MRD-ESTY Meeting, 1971, 7 April. (Minnesota Trial Exhibit 12,258). Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 25.

403.RJ Reynolds, Domestic Operating Goals, 1974, 26 November. (Minnesota Trial Exhibit 12,377). Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 27.

404.Internt notat fra RJR's arkiver fra 1975. Sitatet er hentet fra Heyes 1999 s 84-85.

405.BAT, Tobacco: Strategy Review Team, 1985, 17 July. Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 31.

406.B&W, Target Audience Appendix, 1974, 12 December. (Minnesota Trial Exhibit 13,811). Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 27.

«...probability sample of 452 teen-agers ages 12–17» finds that 13 per cent smoke an average of 10.6 cigarettes per day and «the data from the study are consonant with the findings of other such studies, both at Philip Morris and without.»<sup>407</sup>

For å rekruttere unge røykere tok tobakksselskapene en rekke virkemidler i bruk, fra store reklamekampanjer, sponsing av sports- og ulike aktivitetsarrangementer, til utdeling av gratisprøver. Man har endog vurdert en mild nikotindosering for nybegynnere. Her skal omtales noe av dette.

### 7.8.2 Auraen omkring tobakk

Tobakksindustrien har alltid hevdet at de ikke reklamer spesielt mot ungdom, og at deres markedsfremstøt ikke er ment å appellere til ungdom. Flere interne dokumenter fra de ulike tobakksselskapene synes imidlertid å tyde på noe annet. I 1976 innledet the Federal Trade Commission (FTC) en større undersøkelse av hvorvidt de lovpålagte advarselstekstene virkelig virket opplysende for forbrukerne og om myndighetene hadde lyktes med å forhindre villedende markedsføring fra tobakksindustriens side.<sup>408</sup> Under dette arbeidet avdekket FTC ett av industriens mest avslørende dokumenter om markedsføring spesielt rettet mot ungdom. I en rapport fra 1975 fra Marketing and Research Counselors, Inc. til markedsavdelingen i Brown & Williamson drøftes det hvordan sigarettmerket Viceroy best kan fremmes for å fenge ungdom:

«For them [i.e. youngsters], a cigarette, and the whole smoking process, is part of the illicit pleasure category....To the best of your ability (considering some legal constraints) relate the cigarette to 'pot', wine, beer, sex etc. *Don't* communicate health or health-related points.»<sup>409</sup>

I forbindelse med Viceroy-fremstøtet ble det videre fremhevet at markedsføringen måtte ha som målsetning å gi forbrukerne en grunn til å røyke og bringe tankene bort fra helsefaren:

«The campaign ought to provide the smokers with a rationalization for smoking....and a means of repressing their health concerns about smoking a full flavor Viceroy.»<sup>410</sup>

I 1969 uttales det i en rapport til styret i Philip Morris at for nybegynneren er røykingen en symbolsk handling, røykingen markerer for eksempel frigjøring fra foreldre, selvstendighet og tøffhet. I notatet forklares det videre at ettersom de sosiale og psykologiske motivasjonsfaktorer avtar, sørger de farmakologiske virkninger for en varig røykevane:

«...a cigarette for the beginner is a symbolic act. I am no longer my mother's child, I'm tough, I am an adventurer, I'm not square...As the force from the psychological symbolism subsides, the pharmacological effect takes over to sustain the habit.»<sup>411</sup>

407. Philip Morris Marketing Research Department, Incidence of Smoking Cigarettes, 1973, 18 May. (Minnesota Trial Exhibit 11,801). Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 26.

408. Kluger 1996 s 442-446.

409. Sitert etter Kluger 1996 s 445.

410. Sitert etter Kluger 1996 s 445.

I et notat fra juli 1974, understreket D. W. Tredennick i RJR's markedsavdeling at sigarettmerkene må gis en image som appellerer til ungdom:

«Young smokers wear their cigarette, and it becomes a part of the 'I they wish to be. [Young people choose a cigarette brand because of] the user image a brand projects and differentiated product characteristics...[Smoking] generally starts during the teens...»<sup>412</sup>

I RJR's markedsføringsplan for 1977 heter det at sigarettmerket Salem må fremmes innenfor en ramme som appellerer til ungdom:

«[Salem should] emulate personalities and situational elements that are compatible with the aspirations and lifestyles of contemporary young adults.»<sup>413</sup>

Philip Morris' Marlboro, det dominerende sigarettmerke for alle røykere under 25 år med 70 % av denne delen av markedet, bygger sin appell på romaniseringen omkring cowboy-imaget, manifestert ved Marlboro-mannen og den frihet, selvstendighet og styrke som han representerer. Da Marlboro-mannen ble skapt i 1950-årene, ble det av Philip Morris og dets reklamebyrå spesielt understreket at man håpet og regnet med at Marlboro ville slå an blant ungdom:

«[the Cowboy image] would turn the rookie smokers on to Marlboro...the right image to capture the youth market's fancy...a perfect symbol of independence and individualistic rebellion.»

«When you see teenage boys – people the cigarette companies aren't supposed to be targeting in the first place – going crazy for this guy, you know you're hitting their target.»<sup>414</sup>

Som et motstykke til Marlboro-mannen introduserte RJR i forbindelse med sitt 75 års jubileum i 1988 tegneseriefiguren Old Joe (eller Joe Camel) til å fremme sigarettmerket Camel.<sup>415</sup> Old Joe ble laget som tegneseriefigur blant annet for å få innpass i Frankrike, som har et forbud mot å bruke levende personer i forbindelse med sigarettreklame. Senere fikk Old Joe også en kjæreste, Josephine.<sup>416</sup> Old Joe representerte en mykere karakter enn Marlboro-mannen og synes å appellere også til de aller minste.<sup>417</sup> Noen store spørreundersøkelser fra begynnelsen av 1990-årene viste at omkring 30 % av treåringene, 90 % av seksåringene og 98 % av elevene ved ungdoms- og videregående skoler forbandt Old Joe med sigarettmerket Camel (til sammenligning var det kun 67 % av de spurte voksne som kjente til dette).<sup>418</sup> Etter at FTC i 1997 truet med å forby reklamefiguren trakk RJR tilbake Joe Camel fra all markedsføring.

Utover 1980- og 1990-årene har tobakksselskapene betalt store pengesummer til filmprodusenter for at sigarettmerker skal røykes og vises i filmscener

411. Philip Morris Vice President for Research and Development, Why One Smokes, First Draft, 1969. (Minnesota Trial Exhibit 3681). Sitatet er hentet fra ASH 1998 s 25.

412. Sitert etter Bailey 1998 s 75-76.

413. Sitert etter Bailey 1998 s 76.

414. Begge sitatene er hentet fra Hilts 1996 s 67.

415. Kluger 1996 s 701.

416. Bailey 1998 s 79.

417. Pringle 1998 s 163.

418. Fischer et al 1991 og Heyes 1999 s 89.

(«product placement»). For eksempel skriver Sylvester Stallone i et brev av 28. april 1983 til en representant for Brown & Williamson at han vil ta i bruk B&W-produkter i minst fem kinofilmer fremover mot en godtgjørelse på 500 000 dollar.<sup>419</sup> I en rekke store actionfilmer presenteres røyking som en del av heltens eller heltinnens image, til og med når helten/heltinnen fremstår som veltrent, sterk og sunn. Dette gjelder for eksempel filmer som *Demolition Man* (Sylvester Stallone) og *Terminator 2* (Linda Hamilton). Det kan nevnes en rekke eksempler på filmer, både for voksne og for ungdom, hvor tobakks-selskaper har betalt for at røyking av deres sigarettmerker skal vises: *The Tempest*, *Apocalypse Now*, *Licence to Kill* (James Bond), *Superman II* og *III*, *Supergirl*, *Jaws II*, *Grease*, *Rocky II*, *Blade Runner*, *The Muppet Movie*, *Crocodile Dundee*, *Robocop*, *Die Hard* og *Who Framed Roger Rabbit?*<sup>420</sup>

Denne produktprofilering på kinolerretet er antagelig i strid med den føderale lovgivning i USA som påbyr helseadvarsler ved all lovlig tobakksreklame.

Det er vanskelig å si sikkert hvilken rolle tobakksreklame og produktprofilering har hatt og har for ungdoms røykevaner.<sup>421</sup> Dette er et stort og omstridt tema.<sup>422</sup> Det man imidlertid kan slå fast er at bortimot all dagligrøyking begynner som eksperimentering i ungdomsårene, og at hovedmotivasjonen for å begynne er den aura som blant mange ungdommer forbindes med tobakksbruk. Det kan videre slås fast at tobakksreklamen er sentrert rundt denne aura og image. Essensen og det underliggende budskap i all tobakksreklame, uansett form og forum, er at røyking er glamorøs, tiltrekkende og erotisk, at røyking gir tilfredsstillelse og glede og at røyking gjør en moden og voksen. Røyking fremstår videre som et symbol på selvstendighet og frigjøring fra og protest mot autoriteter.<sup>423</sup>

### 7.8.3 Utdeling av gratisprøver

Alle delstatene i USA har i dag et lovforbud mot å selge tobakksvarer til personer under 18 år, og de fleste delstatene har hatt et slikt forbud en god stund, skjønt lovene inntil 1990-årene knapt har vært håndhevet.<sup>424</sup> Lovene har imidlertid bare rammet salg av tobakksprodukter. Opp gjennom årene har tobakks-selskapene derfor fritt kunne distribuere gratisprøver av sigaretter, blant annet til ungdom. Riktignok har tobakks-selskapene hele tiden hevdet at de ikke deler ut gratisprøver til ungdom, men praksis viser noe annet. Prøveeksemplarer deles ofte ut i forbindelse med større arrangementer som for eksempel pop- og rockekonserter eller i nærheten av skoler. Dis-

419. Glantz et al 1996 s 365-367 og Orey 1999 s 156.

420. Löwenberg 1992 s 100, Glantz et al 1996 s 364-374, Kluger 1996 s 575, Heyes 1999 s 90 og AAP Newsfeed 22. mars 1998.

421. Jf også Den amerikanske helsedirektørens rapport fra 1989: Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress.

422. Se for eksempel (med nærmere henvisninger) på den ene siden de som mener at reklame og markedsføring har betydning for røykestart og tobakkskonsumet blant ungdom: Andrews and Franke 1991, Di Franza et al 1991, Smee 1992, Bailey 1998 og Davis 1998 og på den andre siden de som mener at reklamen ikke har særlig betydning: Schudson 1993, Beck and Glassmann 1998 og Sullum 1998b. For mer inngående om dette se vedlegg 6 i utredningen.

423. Löwenberg 1992 s 86-87, Kluger 1996 s 700-701 og Bailey 1998 s 75.

424. Kluger 1996 s 699.

tributørene er ikke nødvendigvis direkte ansatt i tobakksbransjen, men har gjerne en kontrakt med et tobakksselskap.<sup>425</sup>

Distribusjonen skjer ofte innenfor en organisert ramme og i en form som er egnet til å virke tillokkende og spennende, kanskje særlig for ungdom. Organisasjonen Stop Teenage Addiction to Tobacco (STAT) har for eksempel avdekket at Lorillard tidligere delte ut gratisprøver av sigarettmerket Newport til ungdom i Washington D.C. fra en grønn- og organgemalt varebil påført i store bokstaver slagordet «Alive with Pleasure».<sup>426</sup> Denne type produktprofilering tok slutt i begynnelsen av 1990-årene da det ble innført generelle forbud mot markedsføring rettet mot barn og ungdom under 18 år.

#### 7.8.4 Mild dosering for nye og unge røykere

Som behandlet ovenfor var tobakksindustrien fra tidlig av opptatt av å kontrollere nikotintilførselen til røykeren.<sup>427</sup> Den gang sigaretter i det store og hele besto av tørkede tobakksblader rullet sammen i papir, mottok røykeren varierende mengder med nikotin ved hver inhalasjon. Gjennom avansert nikotinteknologi kunne tobakksselskapene fra 1960-årene kontrollere og sikre røykeren en jevn og effektiv nikotinleveranse under røykingen. Forskningsdokumenter fra RJR viser at man innen tobakksindustrien vurderte å lage egne nikotindoser for nye røykere, hvilket i praksis ville si for ungdommen.<sup>428</sup> Poenget var å gjøre sigaretten lettere tilgjengelig for den uvante røyker gjennom en mer beskjeden mengde nikotin. I et notat fra 1972 forklarer nestlederen i RJR's avdeling for forskning og produktutvikling, dr. Claude Teague, hvor viktig det er langsomt å tilvenne røykeren tilfredsstillelsen ved nikotin:

«If nicotine is so important, what about people who had never tried it? Why did they start in the first place? What are we doing about these starters, who are after all our future business? Before proceeding to far in the direction of design of dosage forms for nicotine, it may be well to consider another aspect of our business...Paradoxically, the things which keep a confirmed smoker habituated and 'satisfied', i.e. nicotine and secondary physical and manipulative gratifications, are unknown and/or largely unexplained to the non-smoker. [People] start to smoke for purely psychological reasons – to emulate a valued image, to conform, to experiment, to defy, to be daring, to have something to do with [their] hands, and the like. Only after experiencing smoking for some period of time do the physiological 'satisfactions' and habituation become apparent and needed. Indeed, the first smoking experiences are often unpleasant until a tolerance for nicotine has been developed. This leaves us, then, in the position of attempting to design and promote the same product to two different types of market with two different sets of motivations, needs and expectations.»

I fortsettelsen fremhevet Teague at den vanlige sigarett med effektiv nikotinleveranse var beregnet på den etablerte røyker, mens den nye røyker måtte gis en skånsom start til han oppdager nikotinets tilfredsstillende virkning:

425.Kluger 1996 s 700.

426.Kluger 1996 s 700.

427.Se punkt 6.8 ovenfor.

428.Hilts 1996 s 72-73 og Pringle 1998 s 172-173.



«....If we are to attract the non-smoker or the pre-smoker, there is nothing in this type of product that he would currently understand or desire. We have deliberately played down the role of nicotine, hence the non-smoker has little or no knowledge of what satisfactions it may offer him and no desire to try it...We must somehow convince him with wholly irrational reasons that he should try smoking, in the hope that he will for himself then discover the real 'satisfactions' obtainable.»<sup>429</sup>

Det er uklart om RJR eller noen av de andre tobakksselskapene noen gang gjorde alvor av å lage egne sigaretter med nybegynnerdoser av nikotin. Dette er imidlertid gjennomført i forbindelse med snusprodukter, jfr. punkt 2.3.7 ovenfor.

## 7.9 Oppsummering

---

Mens de amerikanske tobakksselskapene i 1960- og 1970-årene innad erkjente at tobakksbruk var meget helseskadelig og avhengighetsskapende, har de utad stått på en meget konsekvent og samordnet benektelseslinje. Intern forskningsvirksomhet og informasjonsflyt har vært underlagt svært streng advokatkontroll, og omfattende ordninger er blitt innrettet for å forhindre at informasjonen noen gang skulle kunne komme ut.

De amerikanske tobakksselskapenes lobbyvirksomhet er meget godt utviklet, og den synes å være gjennomslagskraftig. Tobakksselskapene er blant de viktigste finansielle bidragsytere til politikere.

Tobakksselskapene vier store ressurser til markedsføring, og interne dokumenter viser at industrien har vært og er spesielt opptatt av ungdoms-markedet.

---

429.Sitatene er hentet fra Hilts 1996 s 72-73.

## Kapittel 8

# Lovregulering av tobakksindustrien og bruken av tobakk

### 8.1 Innledning

---

Lovreguleringen av tobakksindustrien og tobakksmarkedet i USA har stort sett kommet som en oppfølging av den medisinske forsknings avdekking opp gjennom årene av helsefarene ved tobakksbruk. Lovgivningen har like til i våre dager i all hovedsak konsentrert seg om sigaretter. Først i 1980-årene kom en viss regulering av ikke-røykbar tobakk som snus og skrå. Pipetobakk og sigarer synes i det store og hele å være uregulert i USA den dag i dag.

Fra 1965 har Den amerikanske kongressen vedtatt seks lover som direkte har vedrørt helse spørsmål i forbindelse med tobakksbruk. Vi vil her gi en oversikt over hovedtrekkene i denne lovgivningshistorie.

Disse lovene er:

- The Federal Cigarette Labeling and Advertising Act 1965.<sup>430</sup>
- The Public Health Cigarette Smoking Act 1969.<sup>431</sup>
- Alcohol and Drug Abuse Amendments 1983.<sup>432</sup>
- The Comprehensive Smoking Education Act 1984.<sup>433</sup>
- The Comprehensive Smokeless Tobacco Health Education Act 1986.<sup>434</sup>
- The Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration Reorganization Act 1992.<sup>435</sup>

I tillegg til de føderale lovvedtak, finnes en viss lovgivning også i de enkelte stater, til dels omfattende lokal lovgivning om problematikken omkring passiv røyking. Vi vil bare i liten grad gå inn på denne delstatslovgivningen.

### 8.2 Lovgivning om sigaretter

---

#### 8.2.1 Den føderale lov om sigarettmerking og sigarettreklame av 1965

I 1964 fremla den amerikanske helsedirektøren den første omfattende rapporten med medisinsk dokumentasjon på at bruk av tobakk kunne være helseskadelig.<sup>436</sup> Rapporten ga støtet til en bred diskusjon om behovet for å lovregulere tobakksindustriens salg og markedsføring av sigaretter. Det amerikanske markedsrådet, the Federal Trade Commission (FTC), hadde på dette

---

430. Pub. L. 89-92, 79 Stat. 282.

431. Pub. L. 91-222, 84 Stat. 87.

432. Pub. L. 98-24, 97 Stat. 175.

433. Pub. L. 98-474, 98 Stat. 2200.

434. Pub. L. 99-252, 100 Stat. 30.

435. Pub. L. 102-321, § 202, 106 Stat. 394.

436. Se nærmere omtale av denne rapporten i kapittel 4 ovenfor.

tidspunkt en stund håndhevet regler om villedende – «unfair and deceptive» – markedsføring overfor tobakks-produsentene. Etter at helsedirektøren la fram sin rapport, innførte markedsrådet fra den 1. januar 1965 et krav om at tobakksindustrien heretter måtte opplyse i all sin markedsføring og på sigarettpakninger at bruk av tobakk kan være helseskadelig. Markedsrådets regulering ble imidlertid stilt i bero fordi Kongressen var i ferd med å vedta en nasjonal tobakkslov.

I juli 1965 vedtok Kongressen *the Federal Cigarette Labeling and Advertising Act* («FCLAA» – eller 1965-loven).<sup>437</sup> Loven trådte i kraft 1. januar 1966. Loven hadde to hovedformål, jf FCLAA Section 2. For det første skulle loven sikre at forbrukerne ble opplyst om helsefarene forbundet med sigaretttrøyking. For å fremme dette formål ble det i loven stilt krav om advarselsmerking av alle sigarettpakninger:

CAUTION: CIGARETTE SMOKING MAY BE HAZARDOUS TO YOUR HEALTH

For det andre skulle loven forhindre de enkelte delstater i å innføre egne, forskjellige og kanskje også til dels motstridende, lover om sigarettmerking og sigarettreklame. For å sikre nasjonal retts-enhet, ble det i loven derfor inntatt en bestemmelse som uttrykkelig utelukket delstatslovgivning innenfor anvendelsesområdet til FCLAA; en såkalt *preemption provision*:<sup>438</sup>

- a) No statement relating to smoking and health, other than the statement required by section 4 of this Act, shall be required on any cigarette package.
- b) No statement relating to smoking and health shall be required in the advertising of any cigarettes the packages of which are labeled in conformity with the provisions of this Act.

FCLAA ble gitt en fire års tidsbegrensning, til 1. juli 1969.

### 8.2.2 Den føderale sigarett Helseloven av 1969

Etter hvert som utløpsdatoen for FCLAA (1965-loven) nærmet seg, ble det i mange delstater fremmet forslag til delstatlig lovregulering av tobakksindustrien. Stilt overfor ulike initiativ fra delstatene, fant Kongressen det nødvendig å gi en ny og denne gang permanent tobakkslov for hele landet. I 1969 vedtok Kongressen *the Public Health Cigarette Smoking Act* (1969-loven). For å sikre nasjonal rettsenhet ble *preemption-klausulen* fra 1965-loven videreført, dog med en noe forskjellig formulering av bestemmelsens punkt b. Bestemmelsen lyder den dag i dag:

No statement relating to smoking and health, other than the statement required by section 4 of this Act, shall be required on any cigarette package.

No requirement or prohibition based on smoking and health shall be imposed under State law with respect to the advertising or promotion of any cigarettes the packages of which are labeled in conformity with the provisions of this chapter.

437.15 U.S.C. 1331 et seq.

438.For nærmere om preemption-læren, se punkt 9.3.2 nedenfor.

Videre ble advarselsteksten på sigarettpakninger gitt et sterkere uttrykk:

Warning: The surgeon general has determined that cigarette smoking is dangerous to your health.

Endelig innførte 1969-loven et forbud mot å reklamere for sigaretter i radio og TV eller i annet elektronisk kommunikasjonsmedium. Forbudet omfattet derimot ikke reklame og markedsføring gjennom trykte skrifter og plakater. Forbudet trådte i kraft den 2. januar 1971. Det er verdt å merke seg at forbudet kun gjaldt sigarettreklame. Reklame for pipetobakk og sigarer er tillatt i USA den dag i dag.

### 8.2.3 Den føderale lov om folkeopplysning om sigarettøyking av 1984

Utover 1970- og 1980-årene påviste den medisinske forskning at sigarettøyking var en vesentlig årsaksfaktor til flere nærmere bestemte sykdommer og helseproblemer utover lungeskader, blant annet ulike hjertesykdommer. Særlig på bakgrunn av helsedirektørens rapport av 1984, vedtok Kongressen samme år *the Comprehensive Smoking Education Act* («CSEA» eller 1984-loven), som fortsatt gjelder. Loven har som formål å fremme informasjon til forbrukerne om helserisikoen ved sigarettøyking. Advarselsteksten på sigarettpakninger ble endret og et nytt system for advarselsmerking ble innført.<sup>439</sup> Heretter skulle det ikke lenger bare være én advarselstekst, men derimot fire forskjellig tekster som skulle alternere kvartalsvis. Dermed ville man gjennom advarselsmerkingen kunne nå ut med mer informasjon enn tidligere. De fire ulike tekstene, som også gjelder i dag, lyder:

Surgeon general's warning: Smoking Causes Lung Cancer, Heart Disease, Emphysema, And May Complicate Pregnancy.

Surgeon general's warning: Quitting Smoking Now Greatly Reduces Serious Risks to Your Health.

Surgeon general's warning: Smoking by Pregnant Women May Result in Fetal Injury, Premature Birth, and Low Birth Weight.

Surgeon general's warning: Cigarette Smoke Contains Carbon Monoxide.

I tillegg er enhver sigarettprodusent pålagt plikt til årlig å gi helseministeren rapporter om hvilke ingredienser vedkommende produsent tar i bruk i produksjonen av sigaretter. Dette rapporteringssystemet er laget slik at sigarettprodusentene kan opptre gjennom en mellommann og således anonymt i forhold til myndighetene. For å beskytte de oppskrifter og forretningshemmeligheter som ingrediensoversiktene representerer, er det i loven videre gitt temmelige strenge regler for myndighetenes håndtering og bruk av innhentet informasjon. For eksempel har helsemyndighetene etter 1984-loven ikke adgang til uten videre å bekjentgjøre den informasjon som de mottar fra sigarettprodusentene. Informasjonen er først og fremst ment å være til hjelp for den medisinske forskning.

439.15 U.S.C. 1333.

### 8.3 Lovregulering av ikke-røykbar tobakk – loven av 1986

---

Som det fremgår av punkt 8.2 ovenfor, var den første føderale lovregulering av tobakksindustrien i USA, fra og med 1965-loven til begynnelsen av 1980-årene, utelukkende konsentrert om sigarettproduksjonen og sigarettkonsumet. Ikke-røykbare tobakksprodukter, slik som skrå og snus, var i denne perioden kommet helt i skyggen av lovgivningen, og det var blant forbrukerne, særlig blant ungdom, etter hvert en utbredt oppfatning om at ikke-røykbare tobakksprodukter frembød et helsemessig trygt alternativ til sigaretter.

Da den medisinske vitenskap etter hvert kunne påvise at det også var helsefarer forbundet med bruk av slik som skrå og snus, blant annet risiko for utvikling av munnkreft, tok flere delstater initiativet til lovregulering av ikke-røykbare tobakksprodukter. Dette førte til at Kongressen nok en gang grep inn med lovgivning for å bevare nasjonal rettsenhet på dette område. I 1986 ble *the Comprehensive Smokeless Tobacco Health Education Act* vedtatt («The Smokeless Tobacco Act» – eller 1986-loven). Loven fulgte samme mønster som sigarettlovgivningen:

- For å forhindre ulik lovgivning mellom delstatene, ble det gitt en *preemption-klausul*.<sup>440</sup>
- Det ble innført forbud mot å reklamere i radio og TV for ikke-røykbare tobakksprodukter.
- Tobakksprodusentene ble pålagt årlig å gi helsemyndighetene ingrediensoversikter.
- Det ble innført et alternerende advarselssystem bestående av tre advarselstekster:

This product may cause mouth cancer.

This product may cause gum disease and tooth loss.

This product is not a safe alternative to cigarettes.

### 8.4 Lovgivning og tiltak mot passiv røyking

---

#### 8.4.1 Innledning

Fra midten av 1970-årene kom de første tiltak mot plagene og helsefarene ved passiv røyking («passive smoking» eller «environmental tobacco smoke» – ETS) fra så vel den offentlige som den private sektor.<sup>441</sup>

#### 8.4.2 Lovgivning om passiv røyking

Blant offentlige myndigheter var den lovgivende forsamling i Arizona og Minnesota først ute med en lov til beskyttelse av ikke-røykere. Arizona vedtok loven i 1972, mens Minnesota fikk sin lov i 1975. Minnesotas «Clean Indoor Act» satte den første virkelige standard for begrensnings av passiv røyking. Loven forbød røyking på offentlige steder bortsett fra i særskilt anviste røykelokaler og røykeområder.<sup>442</sup> Senere fulgte andre delstater og byer, blant annet

<sup>440</sup>For nærmere om preemption-læren, se punkt 9.3.2 nedenfor.

<sup>441</sup>For en oversikt, se for eksempel, New York Times (Travel Section), 30. juni 1996 og Jacobson, Wasserman & Anderson 1998 s 50-51.

med røykeforbud i restauranter og på flere offentlige steder, for eksempel Aspen, Colorado (1985), New York City (1988) og City of Los Angeles (1993).

Med direkte støtte fra et flertall av velgerne innførte byen Mesa i Arizona fra 1. juli 1996 en av de strengeste røykelover i USA. Loven forbyr røyking på *alle* offentlig tilgjengelige steder, det være seg restauranter, barer eller arbeidsplasser i Mesa.

#### **8.4.3 Tiltak mot passiv røyking i den private sektor**

I den private sektor ble det fra 1970-årene innført røykerestriksjoner innen flere større bedrifter, særlig i transportbransjene, for eksempel for passasjerfly: United Airlines (1971), TWA, Eastern Airlines, Pan Am (1979–1980) og Civil Aeronautics Board (CAB – 1979), og for eksempel for tog: The Interstate Commerce Commission (ICC – 1973).

### **8.5 Reguleringsfremstøt fra *the Food and Drug Administration* i siste halvdel av 1990-årene til beskyttelse av barn og ungdom**

---

#### **8.5.1 Innledning. Kompetansespørsmålet: Er nikotin å anse som «drug»?**

The Food and Drug Administration hører under det amerikanske helsedepartement (Department of Health and Human Services – HHS) og kan i grove trekk sies å tilsvare Det norske næringsmiddeltilsynet og Statens legemiddelkontroll til sammen. FDAs kompetanseområder er matvarer og kosmetikk samt artikler, stimuli og medikamenter som kan defineres som «drugs», jf the Federal Food, Drug and Cosmetic Act (FDCA) av 1938.<sup>443</sup> Loven definerer begrepet «drug» som enhver artikkel utenom matvarer som er ment å påvirke fysiologiske funksjoner («intended to affect the structure or any function of the body»)).<sup>444</sup>

Tradisjonelt har FDA ikke ansett tobakk som sitt kompetanseområde.<sup>445</sup> Det hører dog med til historien at nikotin opprinnelig var oppført på FDAs liste over «drugs» da FDA ble opprettet ved the Federal Pure Food and Drugs Act av 1906. Angivelig på bakgrunn av lobbyvirksomhet fra tobakksindustriens side ble nikotin imidlertid fjernet fra listen.<sup>446</sup>

I begynnelsen av 1990-årene innledet FDA en intensiv undersøkelse av spørsmålet om å regulere tobakk.<sup>447</sup> Bakgrunnen for denne kursendringen innen FDA var for det første legevitenenskapens omfattende dokumentasjon utover 1980- og 1990-årene av nikotinets avhengighetsskapende virkning.<sup>448</sup> For det andre var FDAs interesse for tobakksbransjen blitt vekket ved de mange interne forskningsdokumenter som etter hvert så dagens lys, blant annet i *Cipollone-saken*.<sup>449</sup> Fremfor alt festet FDA seg ved det forhold at

---

442. Lovteksten fra Minnesotas «Clean Indoor Act» er inntatt i «Lufta er for alle», lovforslag fremsatt av Statens tobakksskaderåd 24. juli 1985.

443. 21 U. S. C. 201 et. seq.

444. 21 U. S. C. 321 (g) (1) (C). Sitatet utgjør bare en liten del av legaldefinisjonen av begrepet «drug», men dette er den del av definisjonen som er aktuell i forbindelse med tobakk.

445. Se blant annet Pringle 1998 s 95 flg.

446. Hilt 1996 s 110, Lewis 1998 s 109 og Pringle 1998 s 102.

447. Hilt 1996 kapittel 12 og Mollenkamp et al 1998 s 109-110.

448. Om den medisinske dokumentasjon og forklaring, se blant annet punkt 4.4.1 ovenfor.

449. Cipollone-saken er omtalt i punkt 9.3.2 nedenfor.

tobakksindustrien selv i tiår hadde betraktet nikotin som et «drug». FDA kom blant annet over Brown & Williamson's Y-1 prosjekt som gikk ut på å skape en særskilt nikotinrik tobakksplante gjennom genmanipulering.<sup>450</sup>

På bakgrunn av sine undersøkelser konkluderte FDA i 1995 med at nikotin var å anse som et «drug» og at tobakksprodukter derfor falt innenfor FDAs kompetanseområde. Den 23. august 1996 erklærte også president Clinton at nikotin var å betrakte som et «drug», og at FDA hadde myndighet til å regulere tobakksprodukter.

FDAs oppsummering av kompetansespørsmålet:<sup>451</sup>

«Nicotine in cigarettes and smokeless tobacco does «affect the structure or any of function of the body» because:

- nicotine in these products causes and sustains addiction;
- nicotine in these products causes other mood-altering effects, including tranquilization and stimulation;
- nicotine in these products controls body weight.

Manufacturers of cigarettes and smokeless tobacco «intend» these effects because:

- the addictive and pharmacological effects are so widely known and accepted, a reasonable manufacturer can foresee the products will be used by consumers for these effects;
- consumers use these products predominantly for pharmacological purposes;
- manufacturers know that nicotine in their products causes pharmacological effects and that consumers use their products primarily to obtain these effects;
- manufacturers of these products design the products to provide consumers with a pharmacologically active dose of nicotine; and
- an inevitable consequence of the design of these products to provide consumers with a pharmacologically active dose of nicotine is to sustain consumers' addiction to nicotine.»

FDA har en nokså vid skjønnsfrihet til å avgjøre hva som klassifiserer som «drug». Kompetansespørsmålet kan prøves for domstolene. Definisjonen av «drug» er av utpreget medisinsk-faglig karakter, og som utgangspunkt er det grunn til å tro at domstolene vil legge stor vekt på FDAs vurdering. På den annen side er spørsmålet om tobakk står i en særstilling og om lovgiver uansett har ment å unnta tobakk fra FDAs myndighetsområde. Spørsmålet er nettopp avgjort av USAs høyesterett, jf. nærmere i punkt 8.5.5 nedenfor.

### 8.5.2 Fokusering på å begrense mindreåriges bruk av tobakk

På bakgrunn av undersøkelser som viste at over 80 % av de faste voksne røykerne begynte å røyke før de fylte 18 år, de fleste allerede fra 12 til 15 års alderen, ble det fra FDA særlig reist spørsmål om å begrense ungdoms adgang til tobakk. Riktignok er det i alle statene i USA i dag et lovfestet 18-års alderskrav for kjøp av sigaretter.<sup>452</sup> En rekke undersøkelser viser imidlertid at barn og ungdom under 18 år ikke har problemer med å skaffe seg tobakk.

450.Mollenkamp et al 1998 s 110-111. Y-1 prosjektet er beskrevet i punkt 6.9.2 ovenfor.

451.Fra FDAs pressemeldning fredag 23. august 1996 punkt 4. Se også Kessler et al 1998.

I helsedirektørens rapport fra 1994 slås det fast at minst 2/3 av de mindreårige i USA i praksis har adgang til å kjøpe tobakk.<sup>453</sup>

Sommeren 1995 sendte FDA et større forslag om regulering av tobakk ut på høring.<sup>454</sup> Fra august 1995 til januar 1996 mottok FDA høringsuttalelser fra hele USA; fra tobakksindustrien, fra medisinsk hold, fra ulike interessegrupper og fra en rekke individer.<sup>455</sup> Både tilhengere og motstandere av reguleringsforslaget var i prinsippet enige om at nikotinholdige tobakksprodukter ikke bør brukes av mennesker under 18 år.

### 8.5.3 Tobakksindustriens mottrekk – runde I: Forhandlinger

Den amerikanske tobakksindustrien så med bekymring på utsiktene til å bli undergitt FDAs strenge regulering og kontroll. I 1996 foreslo derfor industrien selv å la seg underlegge flere restriksjoner med hensyn til salg og markedsføring av tobakksprodukter, forutsatt at tobakksbransjen ble holdt utenfor FDAs reguleringsregime.<sup>456</sup> Blant de tiltak som tobakksindustrien selv foreslo, var forbud mot sigarettautomater og salg via posten samt begrensninger i adgangen til å reklamere for tobakksprodukter på idrettsarenaer, på kollektive transportmidler og -stasjoner, på billboards langs veier og nær barneskoler og i blader og tidsskrifter som leses av ungdom. Dette forslaget om prinsipielt å holde FDA utenfor møtte imidlertid motbør, og det ble aldri aktuelt å gjennomføre forslaget ved lovgivning.

### 8.5.4 FDAs regulering av tobakksmarkedet

Den 28. august 1996 publiserte FDA de nye reglene om salg og markedsføring av tobakksprodukter.<sup>457</sup> Reglenes formål kan deles inn i tre:

1. Begrense barns tilgang til tobakksprodukter.
2. Svekke den image og aura ved tobakksprodukter som overfor unge mennesker i stor grad skapes og formidles gjennom tobakksindustriens markedsføring.
3. Informere barn om helsefarene ved bruk av tobakksprodukter.

De viktigste reglene er følgende:

#### *Ad 1: Regler til begrensning av barns tilgang til tobakksprodukter*

##### *Aldersgrense*

- Forbud mot å selge tobakksprodukter til noen under 18 år. Selv om alle stater i dag allerede har en slik aldersgrense, vil brudd på FDAs regel innebære brudd også på føderal lov.

452. Kongressen vedtok i 1993 en lov som forpliktet alle statene i USA til å innføre 18-års aldersgrense for kjøp av sigaretter, samt å etablere et håndhevelsessystem som ville fungere effektivt. Se blant annet Hanson and Logue 1998 s 1167-1168 med henvisninger.

453. Report of the Surgeon General 1994 s 249.

454. Forslaget ble fremmet den 10. august 1995, og publisert dagen etter i The Federal Register; 60 Fed. Reg. 41314-41787 (1995).

455. FDA mottok mer enn 700.000 høringsuttalelser, hvilket var mer enn FDA noen gang tidligere hadde mottatt i noen sak. Se 61 Fed. Reg. 44418 (1996).

456. Philip Morris USA's and United States Tobacco Company's Comprehensive Plan to Combat Underage Tobacco Use 1996.

457. «Regulations Restricting the Sale and Distribution of Cigarettes and Smokeless Tobacco to Protect Children and Adolescents» – 61 Federal Register 44,396 (1996).



- Selgere av tobakk må overholde 18-års grensen ved å sjekke identitetsbevis til alle kjøpere som er under 26 år. Identitetsbeviset må inneholde fødselsdato og bilde, for eksempel bilsertifikat eller studentbevis.

#### *Minimumskrav til salgskvantum av sigaretter*

- Krav om at alle sigarettpakninger minst inneholder 20 sigaretter.<sup>458</sup>
- Forbudt å selge eller å dele ut mindre kvantum sigaretter.

#### *Begrenset forbud mot sigarettautomater*

- Forbud mot salg av sigaretter fra automater bortsett fra steder hvor det føres kontroll med at ingen mennesker under 18 år noen gang har adgang.

#### *Forbud mot selvbetjeningshyller*

- Kun salg fra hyller bak betjent skranke, altså manuell ekspedering.

#### *Forbud mot utdeling av gratis- og prøveartikler av tobakksprodukter*

FDA foreslo først å forby salg av tobakksprodukter via postforsendelser. Dette forslaget måtte imidlertid sterk kritikk fra voksne tobakksbrukere som bodde slik at de nærmest var avhengig av leveranser gjennom posten for å skaffe seg tobakk. Samtidig ble det pekt på at barn og ungdom i liten grad bestilte tobakk via posten fordi de ikke har mulighet til å betale med sjekk eller kredittkort. Disse innvendingene i høringsrunden førte til at FDA unnlot å gi et forbud mot å bestille tobakksprodukter gjennom posten. FDA understreket dog at de ville følge nøye med på om de nye strenge reglene ville føre til at ungdom heretter ville forsøke å skaffe seg tobakk via postbestillinger.

#### *Ad 2: Regler om markedsføringen av tobakk*

FDAs regler om markedsføringen av tobakk har som hovedformål å svekke de trekk ved tobakksreklamen som er tiltalende for barn og ungdom. Samtidig ser FDA det som viktig at det fortsatt er mulig å gi saklig og informativ forbrukerinformasjon om tobakksprodukter, slik som pris, smak og tjære- og nikotininnhold.

#### *Plassering av reklameplakater (billboards)*

Forbud mot å plassere reklameplakater (billboards) innenfor 350 meter (1000 fot) fra barne- og ungdomsskoler og lekeparker.

458.I dag (høsten 1999) er det kun 7 delstater som har et slikt krav til minimumskvantum ved salg av sigaretter: Hawaii, Kentucky, Louisiana, North Dakota, Tennessee, Texas og Utah.

*Utformingen av reklame*

Som hovedregel skal den reklamering for tobakk som er lovlig bare bestå av sort tekst på hvit bakgrunn, med andre ord forbud mot fargerike illustrasjoner og bilder.

Unntak gjelder for publikasjoner som i hovedsak har voksne lesere og i lokaler hvor kun voksne mennesker har adgang.

*Forbud mot salg og utdeling av artikler som forbindes med og som profilerer tobakksprodukter*

Forbud mot for eksempel å distribuere T-shirts, caps, sportsutstyr og pins som inneholder tobakkslogoer eller andre kjennetegn som forbinder artiklene til tobakksprodukter.

*Regler om hvordan tobakksindustriens sponning skal foregå*

FDAs regler hindrer ikke tobakksindustrien i å sponse og finansiere sportsbe-  
givenheter, idrettsdeltakere m.v., men reglene forbyr industrien i å profilere  
sitt navn, logo, produkter gjennom sponsingen.

*Ad 3: Informere barn om helsefarene ved bruk av tobakksprodukter.*

FDA vurderer å kreve av de seks største tobakksprodusentene å finansiere en  
nasjonal multi-media opplysningskampanje om helsefarene forbundet med  
bruk av tobakksprodukter.

**8.5.5 Tobakksindustriens mottrekk – runde II: FDA bringes inn for doms-  
tolene**

Den 10. august 1995 – samme dag som FDA fremla forslag til regulering av  
salg og markedsføring av tobakksprodukter (se avsnitt 8.5.2 ovenfor) – tok  
tobakksindustrien ut stevning mot FDA under henvisning til at FDA ikke  
hadde lovhjemmel til å regulere tobakk. Saken har gått gjennom alle rettsin-  
stanser, helt til avgjørelse i Den amerikanske høyesterett.

Hovedspørsmålene i saken var:

1. Er tobakk en vare som omfattes av FDCA?
2. Forutsatt ja: Er tobakksprodukter å anse som «drugs»?
3. Forutsatt ja: Kan FDA etter loven gi regler om salg og markedsføring av tobakksprodukter?
4. Forutsatt ja: Er denne reguleringskompetansen forenlig med den grunnlovsbeskyttede ytringsfriheten?

Både første og andre instans tok utgangspunkt i anerkjente lovtolkningsprin-  
sipp, i første rekke nedfelt av Høyesterett i *Chevron-saken*, hvorved forvalt-  
ningens lovtolkning særlig prøves mot de(t) lovformål som kan utledes av  
lovtekst og lovforarbeider.<sup>459</sup>

Første instans reiste spørsmål om det var klare holdepunkter for at Kon-  
gressen hadde ment å unnta tobakksprodukter fra FDAs kompetanseområde.  
<sup>460</sup> Etter en inngående gjennomgang av lovhistorien og forarbeidene til

459. *Chevron USA, Inc. v. Natural Resources Defence Council, Inc.*, 467 US 837 (1984).

FDCA, samt av forholdet til annen føderal lovgivning,<sup>461</sup> kom domstolen til at det ikke var slike holdepunkter, og at loven i prinsippet omfattet tobakk. Domstolen kom videre til at tobakksprodukter var å anse som «drugs» i lovens forstand. Domstolen mente derimot at FDA hadde overskredet sin kompetanse ved å begrense tobakksindustriens adgang til å markedsføre sine produkter.<sup>462</sup> Ifølge domstolen var det kun restriksjonene på barns tilgang til tobakksprodukter, jf nr 1 i punkt 8.5.4 ovenfor, som hadde tilstrekkelig lovhjemmel. Begge parter anket saken. Anken ble gitt oppsettende virkning for den del av FDA-reguleringen som gjaldt markedsføring.

Under dissens 2–1 fikk tobakksindustrien fullt ut medhold i ankeinstansen. Flertallet uttalte at domstolen i første instans hadde kommet feil ut ved å reise spørsmål om det fantes klare holdepunkter i FDCA for at tobakksprodukter var *unntatt* fra loven.<sup>463</sup> Flertallet understreket at saken gjaldt delegasjon av lovgivningsmyndighet, og at utgangspunktet derfor var motsatt: Fantet det klare holdepunkter i loven for at tobakksprodukter var *omfattet* av FDAs kompetanse? De to dommerne som utgjorde flertallet mente nei. De fant at det tvert imot var nokså klare holdepunkter for at Kongressen hadde ment å holde tobakksprodukter utenfor FDAs reguleringsområde, altså det stikk motsatte av hva førsteinstansen hadde kommet til. Dermed konkluderte flertallet med at FDAs tobakksregulering i sin helhet var uten lovhjemmel og således ugyldig. Mindretallet mente at FDCA ga tilstrekkelig lovhjemmel for alle tobakksreglene, også FDAs regler om markedsføring.

Spørsmålet ble så brakt inn for USAs føderale høyesterett.

Mens man ennå ventet på avgjørelsen fra USAs høyesterett kunngjorde Philip Morris overraskende at den ikke stilte seg negativt til tobakksregulering ved FDA.<sup>464</sup> Kunngjøringen vakte en viss oppsikt fordi dette var første gang noen av de store tobakkselskapene stilte seg åpen for FDA-regulering uten samtidig å kreve søksmålsimmunitet. Philip Morris understreket imidlertid at den ikke ville akseptere at tobakksproduktene ble karakterisert som «drugs», og at det ikke kom på tale å trekke det verserende søksmålet mot FDA.

I mars 2000 kom Høyesterett under dissens 5–4 til at FDA ikke hadde myndighet til å regulere tobakk.<sup>465</sup> Kjernen i flertallets begrunnelse var at tobakksprodukter, til tross for at de muligens måtte anses som «drugs», er

460. *Coyne Beahm Inc. et. al. v. U. S. FDA*, U. S. District Court for the middle district of North Carolina, Greensboro Division, avgjørelse av 25. april 1997. (F. Supp. 1374 – M.D.N.C. 1997).

461. «The Federal Cigarette Labeling and Advertising Act» (se punkt 8.2.1 ovenfor), «The Comprehensive Smokeless Tobacco Health Care Act» (se avsnitt 8.3 ovenfor) og «The Alcohol, Drug Abuse, and the Mental Health Reorganization Act of 1992».

462. Domstolen viste til at FDCA i denne forbindelse bare taler om regulering av «sale, distribution, or use», og domstolen mente at dette ikke omfattet «[restrictions on] advertising and promotion». Dermed var det heller ikke nødvendig for domstolen å gå inn på grunnlovsspørsmålet.

463. *Brown & Williamson Tobacco Corporation et. al. and Coyne Beahm, Inc. et. al. v. FDA*, United States Court of Appeals for the Fourth Circuit, avgjørelse av 14. august 1998.

464. *New York Times* 29. februar 2000 og *Washington Post* 29. februar 2000.

465. *Food and Drug Administration et al. v. Brown & Williamson Tobacco Corp. et al.* No. 98-1152. Argued December 1, 1999 – Decided March 21, 2000. (I skrivende stund er avgjørelsen ennå ikke publisert i United States Reports).

vanskelig å innpasse i de reguleringskriterier som er gitt FDA, og at Kongressen selv har ment å ta seg av tobakkslovgivningen. Flertallet fremhevet at et hovedformål med FDA-loven var å sikre at produkter som er regulert av FDA er sikre og trygge når produktene brukes etter sitt formål. Hvis FDA skulle tillate produkter som har helseskadelige virkninger ved normal bruk, måtte det ifølge flertallet kunne påvises fordeler ved produktet som alt i alt måtte anses å veie opp for de uheldige bivirkningene. Flertallet fremholdt at dersom man på den ene siden la til grunn at tobakksprodukter faller inn under FDAs myndighet, og på den andre siden la til grunn at tobakksprodukter først og fremst er helseskadelige, så var FDA ved FDA-loven forpliktet til å *forby* tobakksprodukter. Og et slikt forbud hadde FDA ikke søkt å oppnå ved sine reguleringer. Et slikt forbud kunne heller ikke innføres ettersom Kongressen klart nok tillot tobakksprodukter, og ettersom Kongressen selv – ifølge flertallet – hadde ønsket å ta seg av tobakksreguleringen.

Disse prinsipielle betraktningene fra flertallet satte FDAs sak i en ganske umulig stilling. FDAs engasjement og regulering sprang jo nettopp ut fra erkjennelsen av at tobakksprodukter virker, og er ment å virke, avhengighetsskapende samt at de medfører alvorlige helseskader ved normal bruk.

Mindretallet på fire dommere fant at både FDA-lovens ordlyd og formål tilsa at FDA hadde kompetanse til å regulere tobakksmarkedet. Mindretallet fant det klart at nikotin, slik det virker på brukeren og slik det fra tobakksindustriens side er ment å virke stimulerende på brukeren, måtte anses som et «drug» i lovens forstand. I denne forbindelse gikk mindretallet gjennom en del av den kommunikasjon og forskningsdokumentasjon som er blitt avdekket innen den amerikanske tobakksindustri i løpet av 1990-årene.

Mindretallet stilte seg undrende til flertallets resonnement om at FDA skulle være tvunget til å forby tobakksprodukter hvis først tobakksprodukter ble ansett å falle inn under FDAs myndighetsområde. Mindretallet fremholdt at FDA-loven ikke begrenset spillerommet så sterkt, men tvert imot ga anvisning på en ganske vid skjønnsmyndighet for FDA og mulighet for FDA til å velge mellom flere former for reguleringsalternativer.

Mindretallet fant heller ikke at det forelå lovgivning eller forutsetninger fra Kongressens side, som skulle kunne utelukke eller være i dårlig harmoni med FDAs reguleringer.

Denne saken mellom FDA og tobakksselskapene er blitt fulgt med stor interesse i USA. Enkelte har endog vært av den oppfatning at meget i tobakkspolitikken ville stå og falle med denne saken. Så avgjørende har saken neppe vært. Det er imidlertid nokså oppsiktsvekkende at Høyesterett var så skarpt delt i tolkningen av helt grunnleggende spørsmål knyttet til FDA-loven. Ballen er nå i realiteten kastet over til Kongressen. Saken og den løpende debatt omkring den har synliggjort et behov for klargjøring etter at man utover 1990-årene har fått ny og viktig informasjon om tobakksprodukters innhold og virkninger. Dermed ser det ut til at debatten om tobakksregulering vil fortsette i Kongressen utover våren og sommeren 2000.

## 8.6 Oppsummering

---

USA innførte ved lov i 1965 helseadvarsler på sigarettpakninger. Senere er disse helseadvarslene gradvis gitt et sterkere uttrykk, ved lovvedtak i 1969 og i 1984. I 1969 vedtok Kongressen et forbud mot å reklamere for sigaretter i radio og TV. Lovregulering av ikke-røykbar tobakk som snus og skrå, herunder advarselsmerking av disse produktene, kom først i 1986.

I 1995 erklærte FDA at nikotin var å anse som et «drug». På denne bakgrunn utferdiget FDA nye og strengere regler for tobakkssindustriens virksomhet, særlig med henblikk på å begrense ungdoms tilgang til tobakksprodukter. I mars 2000 ble imidlertid disse reglene underkjent, idet Den amerikanske høyesterett fant at tobakksprodukter var unntatt fra FDAs myndighetsområde.

## Kapittel 9

# Rettssakene i USA

### 9.1 Innledning

---

Erstatningssøksmål rettet mot tobakksindustrien er ikke noe nytt fenomen i USA. De første tobakkserstatningssøksmål ble reist allerede i 1950-årene.<sup>466</sup> Tobakkssakene i USA deles gjerne inn i tre perioder:<sup>467</sup>

Den første perioden regnes fra 1954 til 1973 og kom som et resultat av den økende mengde medisinske studier som konkluderte med at tobakksbruk er helseskadelig.

Saksanleggene mot tobakksselskaper i den andre perioden, fra 1983 til 1992, var særlig inspirert av rettsoppgjørene mot asbest- og giftstoffprodusentene i begynnelsen av 1980-årene.

Under begge disse periodene var tobakksindustriens hovedargumenter for det første at det var et mangelfullt vitenskapelig grunnlag for å slå fast at tobakksprodukter var helseskadelige, og for det andre at røykerne uansett måtte bære ansvaret selv. Gjennom en ubrutt rekke av seire helt fra den første saken i 1950-årene til begynnelsen av 1990-årene – i alt omkring 800 erstatningssøksmål mot industrien, hvorav kun 23 kom så langt som til retten<sup>468</sup> – syntes tobakksindustrien å etablere en stilling som uangripelig.

Først fra 1994, som markerer innledningen til den tredje perioden, begynte tobakksindustriens tilsynelatende ugjennomtrengelige forsvar å slå sprekker. Dette skyldes først og fremst avsløringen av en rekke interne dokumenter som viste at tobakksselskapene allerede i begynnelsen av 1960-årene erkjente at tobakk syntes å være helseskadelig og at industrien i tiår hadde rendyrket og forsterket nikotinet og dets avhengighetsskapende effekt på brukeren.<sup>469</sup> Den tredje perioden særpreges ved sitt store søksmålsomfang, både fra individer og private selskaper – alene eller forent i store gruppesøksmål («class actions») – og fra offentlige myndigheter.<sup>470</sup> Ved årsskiftet 1999–2000 verserer det omkring ett tusen tobakkssaker i USA.

---

466.Se blant annet Kluger 1996 s 661, som forteller om en av de første tobakkssaker som gikk for en jury, i Louisiana 1958.

467.Rabin 1993 s 110-111, Hiltz 1996 s 195, Daynard and Kelder 1998 og Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 482-489.

468.Hiltz 1996 s 175 og Heyes 1999 s 110-111.

469.«The Jones-Day-Report» (se full referanse i litteraturlisten bakerst), utarbeidet av ett av RJRs advokatfirmaer, gir en systematisk og meget interessant gjennomgang av hvilke type dokumenter og spørsmål som tobakksselskapene forberedte seg på å møte gjennom erstatningssøksmålene i 1990-årene.

470.For en kort oversikt over saker i denne perioden, se Kelder and Daynard 1998.

## 9.2 Private søksmål mot tobakksindustrien – Oversikt

---

### 9.2.1 Innledning

De aller fleste av de private erstatningssøksmålene mot tobakksindustrien er hittil tapt. I tredveårsperioden fra 1958 til 1988 ble tobakksselskapene konsekvent frifunnet for erstatningsansvar overfor saksøkerne. Denne rekken av seire for tobakksindustrien er imidlertid senere brutt. I løpet av siste halvdel av 1990-årene har et utall av individer saksøkt tobakksselskapene og i noen av sakene er selskapene idømt enorme erstatningsbeløp. En del av disse sakene avventer ennå ankebehandling. Selv om det foreløpig bare er et fåtall av de private søksmål som har vunnet frem, så markerer avgjørelsene en ny utvikling i tobakksrettssakene. Til dette kommer at tobakksindustrien i en del saker i 1990-årene for første gang i historien har gått med på store erstatningsforlik, både i forbindelse med private og offentlige søksmål.

### 9.2.2 Rettsgrunnlagene for private søksmål

De anførte rettslige grunnlag for private erstatningssøksmål mot tobakksindustrien i USA er utover 1990-årene blitt sentrert rundt en felles stamme av rettsinstitutter: «negligence» (ansvar på subjektivt grunnlag – uaktsomhetsansvar), «strict liability» (ansvar på objektivt grunnlag – i første rekke produktansvar) samt «misrepresentation» og «fraud» (villedelse av markedet – bedrag).

#### «Negligence»

Læren om «*negligence*» tilsvarende den norske retts lære om ansvar på subjektivt grunnlag, gjerne kalt skyld- eller culpaansvaret. I korthet går læren ut på, så vel i USA som i Norge, at den som volder skade ved uforsvarlig, uforsiktig eller utilbørlig opptreden er erstatningsansvarlig overfor de(n) skadelidte.<sup>471</sup>

I tobakkserstatningssakene er hovedargumentene for det første at tobakksselskapene har forsømt sin aktsomhetsplikt fordi de ikke har opplyst forbrukerne om sin rendyrking og påvirkning av nikotineffekten og den omfattende bruk av tilsetningsstoffer i produksjonsprosessen. For det andre er argumentet at tobakksselskapene har opptrådt uforsvarlig ved ikke å ha advart markedet om alle de helsemessige risiki som er forbundet med tobakksbruk og som tobakksselskapene har kjent til fra 1950-årene og fremover. Ettersom det i midten av 1960-årene kom lovpålagte advarsels-tekster på sigarettpakninger i USA, er dette argumentet aktuelt først og fremst for skadelidte som har røyket i perioden før 1966, jf også Den amerikanske høyesteretts dom i *Cipollone-saken*.<sup>472</sup> For det tredje vises det til at tobakksselskapene kunne og burde ha gjort mer for å redusere helseskadene ved sine produkter.

471.Se for eksempel Emanuel 1994 kapittel 5.

472.Cipollone-saken er omtalt i punkt 9.3.2 nedenfor.

*«Strict Liability»*

Med ansvarsgrunnlaget «*strict liability*» menes ansvar uten skyld, altså det vi i norsk rett kaller objektivt erstatningsansvar. I likhet med norsk rett kjenner det amerikanske rettssystem flere former for objektivt ansvar, for eksempel ansvar for ekstraordinær farlig virksomhet og ansvar for produkter i salg.<sup>473</sup> I tobakkserstatningssakene er det i første rekke produktansvaret som anføres som grunnlag for objektivt ansvar. Det avgjørende for produktansvar etter amerikansk erstatningsrett er om produktene i salg frembyr den grad av sikkerhet som forbrukerne med rimelighet kan forvente med hensyn til det aktuelle produktet, slik at produktet ikke fremstår som «*defective*» og/eller «*unreasonably dangerous*». Vi kjenner igjen disse vurderingskriteriene fra den norske produktansvarslovs begrep «sikkerhetsmangel».<sup>474</sup>

I tobakkserstatningssakene i USA argumenteres det fra saksøkerhold at tobakksproduktene er «defective» og «unreasonably dangerous» idet man utenfor tobakksindustrien ikke har hatt kjennskap til tilvirkningsprosessene og nikotinforedlingen. I korthet er argumentet således at selv om det lenge har vært kjent at tobakk er helseskadelig, så har forbrukerne vært i villfarelse om *hvor* farlig og avhengighetsskapende tobakk egentlig er.

I tillegg til det rene produktansvar, er flere tobakkserstatningssaker også basert på læren om objektivt ansvar for uriktige produktopplysninger – «*express warranty*».<sup>475</sup> Denne læren går ut at på en produsent vil kunne bli erstatningsansvarlig dersom forbrukerne er gitt opplysninger om produktet som viser seg å være uriktige, og disse uriktige opplysningene har medført skade for forbrukeren. Ansvaret for uriktige opplysninger kan inntre selv om de er gitt i aktsom god tro. Det er altså tale om et objektivt ansvar.

De amerikanske tobakksselskapene har i det store og hele vært ganske varsomme med å påberope seg helsefordeler i sin markedsføring, i hvert fall uttrykkelig. Tobakksselskapenes bestemte standpunkt utad har jo fra tidlig av vært at det ikke finnes bevis for at tobakk er helseskadelig.<sup>476</sup> Likevel har det opp gjennom årene forekommet en del eksempler på at helsemessige argumenter og slagord er brukt i markedsføringen av bestemte sigarettmerker, først og fremst før 1955, altså fra en periode hvor tobakksselskapene ennå ikke for alvor hadde gått inn på sin benektelseslinje.

Som eksempler kan nevnes Lorillards lansering av sitt sigarettmerke Old Gold i 1926 med følgende slagord: «*Not a cough in a carload*».

RJR har fremholdt en rekke helsefordeler ved sigarettmerket Camel, blant annet: «*They don't get your wind...so mild...you can smoke all you want*» (1935), «*Not one single case of throat irritation due to smoking Camels!*» (1949) og «*More doctors smoke Camels than any other cigarette*» (1949).

Liggett har i samme periode vært ganske dristig i sin annonsering av sigarettmerket Chesterfield: «*a good cigarette can cause no ills and cure no ailments...but it gives you a lot of pleasure, peace of mind and comfort*» (1934), og: «*nose, throat, and accessory organs [are] not adversely affected by smoking Chesterfields*» (1952).<sup>477</sup>

473.Se for eksempel Emanuel 1994 kapittel 13 og 14.

474.Nærmere om den norske produktansvarslov i kapittel 14 nedenfor.

475.Schwartz 1993 s 134-138.

476.Se særlig punkt 7.3 og 7.4 ovenfor.



*«Misrepresentation» – «Fraud» – «Deceit»*

I forlengelsen av problemstillingen om objektivt ansvar for uriktige produktopplysninger («express warranty»), er det et sentralt spørsmål i tobakkserstatningssakene i USA om industrien også har et *skyld* ansvar for å ha gitt uriktige opplysninger; såkalt «misrepresentation».

I amerikansk erstatningsrett går det et sentralt skille mellom den uaktsomme feilinformering («negligent misrepresentation») og den forsettlig villedelse («intentional misrepresentation» eller «fraud»/«deceit»). Det erstatningsrettslige ansvar for forsettlig villedelse er meget strengt og åpner for såkalte «*punitive damages*».

Med «*punitive damages*» menes en erstatning til skadelidte *i tillegg til* den alminnelige økonomiske tapsberegning («compensatory damages»), og tjener som en slags ekstra straff og onde for skadevolder. Slik erstatning forutsetter at det finnes bevist at det forligger grove forhold på skadevolders side, for eksempel vold, undertrykkelse, bedrag eller ond hensikt. Legislativt bygger instituttet «*punitive damages*» på at grov og uakseptabel opptreden fra skadevolders side kan og bør sanksjoneres *ekstra* hardt for å understreke at den aktuelle opptreden ikke aksepteres og for å sette et eksempel. Av denne grunn går instituttet også undertiden under betegnelsene «*exemplary damages*» og «*vindictive damages*». Det er ikke alle delstater i USA som åpner for å illegge en skadevolder «*punitive damages*», og i forhold til antallet erstatningssaker i det amerikanske rettsvesen synes adgangen relativt sjeldent benyttet i de delstater som tillater det.

Vi har egentlig ikke noe lignende «*punitive damages*» i norsk erstatningsrett. Riktignok åpner norsk rett for oppreisning for ikke-økonomisk tap dersom det foreligger grov uaktsomhet, men oppreisningsinstituttet fungerer på ingen måte som en parallell til «*punitive damages*» i amerikansk erstatningsrett, verken etter sitt formål, vilkår, utmåling eller utbredelse.

I tobakkserstatningssakene fremholdes det fra saksøkerhold, under henvisning til tobakksselskapenes egne dokumenter, at tobakksindustrien er ansvarlig for forsettlig villedelse av forbrukere og myndigheter med hensyn til en rekke viktige spørsmål. Det gjelder blant annet selskapenes bestemte påstander gjennom flere tiår om at det ikke finnes bevis for at tobakk er helseskadelig, påstander om at nikotin ikke er avhengighetsskapende og benektelser av at tobakksselskapene på noen måte påvirker nikotininnholdet eller nikotinvirkningen i sine produkter.

### 9.2.3 «Class action»-søksmål og tobakkssaker

«Class action» eller «representative action» betegner et søksmål som anlegges på vegne av eller mot en *ubestemt* krets av rettssubjekter som har felles tilknytning til det aktuelle saksforholdet. «Class action»-instituttet gir adgang til å få prøvet for domstolene spørsmål som angår en stor gruppe rettssubjekter uten at man på forhånd må ha identifisert alle dem som saken angår og uten at man på forhånd må ha innhentet deres samtykke. I stedet kan de som berøres av saken slutte seg til denne, både før, under og etter rettsbehandlingen, eller

477. Sitatene er hentet fra Schwartz 1993 s 135 og Sullum 1998a s 48. Liggetts markedsføring av Chesterfield sto sentralt blant annet i Cipollone-saken. Om denne saken, se punkt 9.3.2 nedenfor.

velge å holde seg utenfor (for eksempel fordi man ønsker å få prøvet sin sak på egen hånd).

Norsk rett kjenner ikke «class action»-instituttet. Det nærmeste vi kommer er såkalte gruppesøksmål hvor en gruppe rettssubjekter med felles interesse forenes i én sak. Rettsavgjørelsen vil i disse tilfellene imidlertid bare vedrøre de rettssubjektene som på forhånd er individuelt identifisert som parter i saken, og vil ikke som ved «class action»-søksmålene omfatte alle som befinner seg i tilsvarende situasjon.

De prosessuelle vilkårene for å anlegge «class action»-søksmål er for det første at de spørsmål som saken reiser angår en så stor gruppe rettssubjekter at det er upraktisk å prøve hver sak hver for seg. For det andre må sakene som skal omfattes av søksmålet, ha en rimelig grad av likhet med hensyn til de faktiske og rettslige forhold som skal prøves. For det tredje må de rettssubjekter som fronter søksmålet være representative for den gruppe av rettssubjekter som skal omfattes. Hvorvidt disse vilkår er oppfylt, må alltid prøves og klareres ved domstolene før søksmålet kan behandles for en jury. «Class action»-søksmål tillates ved alle føderale domstoler i USA og ved de fleste delstatlige domstoler.

Hvorvidt «class action»-søksmål bør godtas i tobakkserstatningssakene er omstridt i USA. På den ene side fremheves det at «class action»-instituttet først og fremst er ment for og er mest hensiktsmessig i erstatningssaker hvor flere mennesker er blitt pådratt den samme type skade, og når skaden er forårsaket av én enkelt felles faktor eller hendelse. Under henvisning til dette mener mange at «class action» ikke er egnet i tobakkserstatningssaker ettersom det i disse sakene nødvendigvis vil være en rekke variabler; det er spørsmål om når den enkelte skadelidte begynte å røyke, hvor meget vedkommende har røyket, hvilke sigaretter eller andre tobakksprodukter vedkommende har brukt, spørsmål om hvilke skader og sykdommer vedkommende har fått, og i hvilken grad de aktuelle tobakksprodukter kan anses som tilstrekkelig årsak til skaden/sykdommen.

På den annen side pekes det på at til tross for varierte enkeltskjebner blant tobakksbrukerne, er det likevel mulig å skille ut flere sentrale og prinsipielle fellesspørsmål som kan danne rammen og grunnlaget for «class action»-søksmål i tobakkserstatningssaker, for eksempel generelle medisinske spørsmål og i alminnelighet om tobakksselskapenes produkter og opptreden opp gjennom årene. Videre betones det at en adgang til å anlegge «class action»-søksmål mot tobakksselskapene i USA kan bli helt avgjørende for hvorvidt enkeltrøykere skal ha ressursmessig mulighet til å få prøvet sine eventuelle saker mot tobakksindustrien.

Til nå har amerikanske domstoler i det store og hele stilt seg avvisende til «class action»-søksmål i tobakkserstatningssaker. Slike søksmål er forsøkt reist på vegne av røykere flere ganger, men det ser foreløpig ut til at de kun er blitt godtatt i Florida og Louisiana. Det eneste «class action»-søksmålet som ved årsskiftet 1999–2000 er kommet så langt som rettsbehandling, er den banebrytende *Engel-saken* i Florida.<sup>478</sup> Saken er omtalt nærmere i punkt 9.3.13 nedenfor

### 9.3 Sentrale private tobakkserstatningssaker

---

I det følgende gis en omtale av noen viktige erstatningssøksmål anlagt av individer mot tobakksselskapene i USA.

#### 9.3.1 Green-saken i slutten av 1950-årene <sup>479</sup>

Som ung tenåring begynte Edwin Green å røyke Lucky Strike i 1920-årene. Da han var 16 år gammel røyket han opptil tre pakker sigaretter pr dag. I 1956 fikk han diagnosen lungekreft. I 1957 gikk han til erstatningssøksmål i Florida mot American Tobacco Company under henvisning til at selskapet i sin markedsføring hadde gitt en helsegaranti på sigarettene. Juryen kom til at sigarettøykingen var årsak til lungekreften, men tilkjente likevel ikke erstatning, idet juryen fant at tobakksselskapet ikke kunne kjenne til denne type helsefare ved sigarettene.

Avgjørelsen ble påanket idet Greens advokat viste til at tobakksselskapets garantiansvar var objektivt og altså ikke betinget av at helsefarene faktisk var kjent for selskapet. Denne anførselen fikk i prinsippet medhold i ankeinstansen, men dommeren instruerte den nye juryen om at den ikke kunne tilkjenne erstatning på grunnlag av garantiansvar med mindre juryen fant at sigarettene var helseskadelig for et betydelig antall av røykerne. Det var altså ikke tilstrekkelig at sigarettene hadde vært helseskadelige for Green. En slik alminnelig helsefare fant juryen ikke godtgjort, og tobakksselskapet ble frifunnet.

#### 9.3.2 Cipollone-saken 1983–1992 <sup>480</sup>

Rose Cipollone, født i 1926 i New York, begynte å røyke som sekstenåring (1942). Da hun var 18 år gammel røykte hun daglig en tyvepakning Chesterfield (produsert av Liggett). Etter hvert økte dette til halvannen pakke per dag. I 1955 byttet hun sigarettmerke til L&M (Liggett), i 1968 til Virginia Slims (Philip Morris), i 1972 til Parliament (Philip Morris) og i 1974 til True (Lorillard). Cipollone røyket altså i 23 år før de første obligatoriske helseadvarslene på sigarettpakninger ble innført ved the Federal Cigarette Labeling and Advertising Act av 1965. <sup>481</sup> I 1981 ble Cipollone diagnostisert med lungekreft. På tross av operasjoner og cellebehandling avgikk hun ved døden den 21. oktober 1984, 58 år gammel.

I 1983 gikk Cipollone og hennes mann til søksmål mot Liggett Group, Philip Morris og Loews (hotell- og forsikringskonsern som hadde kjøpt opp Lorillard i 1969). Etter hennes død ble saken fortsatt av hennes mann alene. Før selve erstatningsspørsmålet kom for retten, var det mange spørsmål som måtte avklares, og i årene som fulgte ble det avsagt en rekke rettavgjørrelser.

Det var for det første en lang og hard kamp for Cipollones advokat å få innsyn i tobakksselskapenes dokumenter, men kampen førte frem. En spesielt

478.«Class action»-søksmålet i Louisiana går under betegnelsen Scott v. American Tobacco Co. et. al. No. 96-8461, Louisiana State Court, Parish of Orleans. Saken er ennå (årsskiftet 1999-2000) ikke avgjort av retten. Saksøkersiden representeres ved advokatfirmaet Zimmerman & Reed i Minneapolis, Minnesota.

479.Saken er blant annet omtalt i Schwartz 1993 s 132 og Pringle 1998 s 146.

480.Saken er blant annet omtalt i Schwartz 1993 s 133, Hiltz 1996 s 200-201, Kluger 1996 kapittel 18, Pringle 1998 s 39-42, Sullum 1998a s 191-199 og Heyes 1999 s 111-114.

481.Se nærmere i punkt 8.2.1 ovenfor om denne loven.

viktig seier kom i juli 1985, da den føderale domstolen the U.S. District Court slo fast at Cipollone ikke bare hadde rett til et visst innsyn, men at familiens advokat også kunne bruke materialet i andre saker han hadde for røykere, samt adgang til å gjøre dem offentlig tilgjengelig. Retten presiserte at den ikke tok stilling til hvorvidt det forelå svik på tobakksselskapenes side, og at tobakksselskapene kunne holde tilbake informasjon om produktoppskrifter, markedsstrategier og andre forhold som var del av den daglige virksomheten og som selskapene av konkurransemessige grunner hadde interesse i å holde konfidensielt. Når det derimot gjaldt selskapenes forskning på helsevirkningene av tobakksbruk, så understreket dommeren at tobakksbransjen ikke hadde noen beskyttelsesverdig interesse i å holde det hemmelig. Avgjørelsen ble påanket, men opprettholdt i ankeinstansen. Dokumentene som ble frigjort ved disse domstolsavgjørelsene, ga det første innsyn i tobakksindustriens kunnskaper om og vurderinger av de helsemessige spørsmål. Selv om det var en nokså begrenset mengde med interne dokumenter som ble frigjort gjennom Cipollone-saken, skulle de i tiden fremover vise seg å få stor betydning også i andre saker (som grunnlag for ytterligere innsyn) og i forbindelse med FDAs revurdering av sitt tradisjonelle grunnsyn om at tobakk falt utenfor dets myndighetsområde.

Et annet spørsmål som oppsto i forkant av selve erstatningssaken, var om loven fra 1969 – *the Public Health Cigarette Smoking Act* – utelukket Cipollones erstatningskrav. Denne loven videreførte 1965-lovens obligatoriske advarselsmerking på sigarettpakninger, og – for å sikre nasjonal retts-enhet – den såkalte «preemption»-klausul hvorved delstatlige myndigheter ble avskåret fra ved lov («under State law») å pålegge tobakksindustrien andre helseadvarselsplikter («requirement or prohibition based on smoking and health») i forbindelse med markedsføringen av sigaretter.<sup>482</sup> Tobakksselskapene hevdet at «preemption»-klausulen utelukket domstolene fra å ilegge dem erstatningsansvar basert på at selskapene ikke hadde gjort nok for å opplyse om helsefarene ved sine produkter. Stridens kjerne var altså om et eventuelt erstatningsansvar var å anse som en plikt («requirement») og om rettsgrunnlaget for et eventuelt erstatningsansvar var å anse som «State law» i forhold til «preemption»-bestemmelsen i 1969-loven. Dette spørsmålet hadde rekkevidde langt utover Cipollone-saken og representerte nærmest et være-eller-ikke-være for private erstatningssøksmål mot industrien.

I 1984 konkluderte the U.S. District Court med at loven av 1969 bare etablerte et minimumskrav til tobakksindustrien, og at erstatning idømt av en jury ikke kunne betraktes som «requirement or prohibition under State law» slik Kongressen hadde ment med uttrykkene. Avgjørelsen ble anket til the U.S. Court of Appeals for the Third Circuit, som kom til motsatt resultat, idet den understreket at illeggelse av erstatningsplikt måtte betraktes som et «requirement» og etter omstendighetene stridende mot Kongressens formål med loven. I juli 1990 ble så avgjørelsen i første instans opprettholdt av the New Jersey Supreme Court, hvoretter «preemption»-spørsmålet ble brakt inn for Den amerikanske føderale høyesterett i 1991–1992.

482.Lovteksten er gjengitt i punkt 8.2.1 ovenfor.

Under dissens 7–2 kom Den amerikanske høyesterett til at preemption-prinsippet i 1969-loven *ikke* gjaldt generelt i erstatningssøksmål mot tobakksindustrien.<sup>483</sup> Ifølge retten var riktignok delstatene avskåret fra å pålegge tobakksindustrien plikt til å gi ytterligere helseadvarsler i forbindelse med markedsføringen av sine produkter, og i forlengelsen av dette måtte erstatningsrettslige søksmål basert på brudd på slik delstatlig lovgivning eller sedvane være utelukket. Rettens flertall understreket imidlertid at loven av 1969 ikke etablerte noe alminnelig vern for industrien mot erstatningssøksmål basert på uaktsom opptreden eller bedrag i forbindelse med *andre* forhold enn markedsføring, for eksempel forhold i forbindelse med forskning og produktutvikling.

Selve det materielle erstatningsspørsmålet i Cipollone-saken kom endelig for retten i februar 1988. Cipollones advokat bygget kravet på at tobakksselskapene hadde holdt tilbake vesentlig helseinformasjon, særlig om nikotinets avhengighetsskapende virkning, og at tobakksselskapene mot bedre vitende gjennom alle år hadde bestridt at sigarettøyking er helseskadelig. Tobakks-selskapenes forsvar var i det vesentlige det samme som fra 1950-årene; de helseskadelige virkninger av tobakk var ikke vitenskapelig bevist – fokus ble rettet spesielt mot akkurat den form for lungekreft som Rose Cipollone hadde fått – og Rose Cipollone hadde uansett kjent til risikoen og kunne ha sluttet å røyke. Videre imøtegikk selskapene at sigarettøyking var avhengighetsskapende.

Etter å ha drøftet saken i fire og en halv dag kom juryen til at Philip Morris og Lorillard måtte frifinnes, idet Rose Cipollone hadde røyket deres sigarettmerker først etter at det ble innført helseadvarsler på sigarettpakningene ved 1965-loven og at hun derfor måtte sies å ha akseptert helsefaren. Når det derimot gjaldt tobakksselskapet Liggett, fant juryen at det i utgangspunktet forelå ansvarsgrunnlag fordi selskapet ikke hadde advart mot helsefarene ved sigarettøyking *før* de lovpålagte advarselstekstene kom. Juryen mente at Liggett måtte anses som 20 % ansvarlig for Rose Cipollones død, men at hovedskylden måtte tillegges Cipollone selv. Ettersom erstatningsretten i New Jersey krever minst 50 % skyld for at erstatningsansvar kan inntre, måtte også Liggett frifinnes. Juryen kom likevel til at Liggett skulle betale Rose Cipollones ektemann 400 000 dollar (ca 3 millioner norske kroner), uvisst på hvilket rettslig grunnlag.

Begge parter anket avgjørelsen og begge fikk i viss grad medhold i sine ankegrunner. Liggett kom imidlertid best ut av det idet selskapet fikk opphevet erstatningsplikten på 400 000 dollar som uhjemlet. Da Den føderale høyesterett senere kom til at Cipollone kunne argumentere på uaktsomhet og bedrag også i tiden etter 1965-loven, var Cipollones advokat innstilt på å fortsette saken mot tobakksselskapene. På dette tidspunkt var imidlertid også Rose Cipollones ektemann avgått ved døden. Deres barn hadde overtatt saken, men de ønsket nå en ende på den og ga seg.

483. Cipollone v. Liggett Group, Inc. et. al., 505 U.S. 504 (1992)

### 9.3.3 Horton-saken 1986–1989<sup>484</sup>

I mai 1986 innledet Nathan Horton søksmål mot tobakksselskapet American Tobacco og gjorde krav på 17 millioner dollar (ca 130 millioner norske kroner) i erstatning. Horton var fra Mississippi og arbeidet som snekker og entreprenør. Han røykte sigarettmerket Pall Mall. Horton døde av lungekreft åtte måneder etter at stevningen ble inngitt, men saken fortsatte. Selve rettssaken tok til i januar 1988. Nortons advokat hevdet at American Tobacco tok i bruk farlige kjemikalier under dyrkingen av tobakk som langt overskred de lovlige mengder, og at selskapet måtte stå til ansvar for sin manglende advarsel mot denne bruken av giftstoffer. Saken ble utsatt hele 22 ganger før den endelig kom til rettsbehandling. American Tobacco forsvarte seg særlig med at det ennå ikke var påvist noen sammenheng mellom røyking og lungekreft.

Etter at juryen ikke klarte å samle et tilstrekkelig flertall for en avgjørelse, ble saken hevet av dommeren («mistrial»). Hortons advokat ga uttrykk for at han mistenkte at det kunne ha vært irregulære forhold under saksgangen og fikk dommeren med på å iverksette visse undersøkelser om dette. Det ble avdekket at en av tobakksindustriens konsulenter hadde hatt upassende kontakt med to av jurymedlemmene, men at det ikke forelå kriminelt forhold i denne forbindelse.

Da saken to og et halvt år senere ble prosedert på nytt, kom juryen til at American Tobacco hadde hatt uansvarlige kontrollrutiner med hensyn til bruken av giftstoffer under tobakksdyrking, men juryen tilkjente ikke Hortons arvinger noe i erstatning, uvisst av hvilken grunn.

### 9.3.4 Kyte-saken 1987–1991

Denne saken hadde sin bakgrunn i brudd på regler som forbød salg av tobakk til mindreårige. I 1980-årene hadde 46 av 50 stater i USA en 18-års grense for kjøp av tobakk. I praksis hadde ungdom under 18 år imidlertid ikke problemer med å kjøpe tobakksvarer, og håndhevelsen av reglene var nedprioritert av politiet. På denne bakgrunn satte to organisasjoner, the Group Against Smoking Pollution (GASP) of Massachusetts og Tobacco Products Liability Project (TPLP), i gang en prøvesak basert på privatrettslige erstatningsregler og regler til beskyttelse av forbrukerne.

Våren 1987 ble sak anlagt mot butikkjeden «Store 24» på vegne av to tenåringer som var blitt fotografert mens de kjøpte sigaretter. I søksmålet ble det anført at butikkjeden ved å selge tobakk til mindreårige hadde brutt forbrukerlovgivningen samt en rekke plikter etter mer alminnelige næringslivsstandarder, for eksempel en streng aktsomhetsplikt ved salg av farlige ting til mindreårige. Høsten 1987 vant GASP og TPLP en første seier i rettsapparatet ved at en domstol i Massachusetts uttalte at forbrukerlovgivningen prinsipielt sett ga adgang til sivile håndhevelsessøksmål og til å få refundert advokatutgiftene hvis saken ble vunnet.

Saken endte til slutt ved at forlik ble inngått i juni 1991. Det meste av forlikets innhold er ikke offentliggjort, men GASP og TPLP kunne meddele at «Store 24» hadde gått med på å innføre rutiner for kontroll av tobakkskjøperes

484. Saken er blant annet omtalt i Kluger 1996 s 661-662, Mollenkamp et al 1998 s 43, Pringle 1998 s 14-21 og s 26 og fremfor alt i Orey 1999, især kapittel 3-12.

alder og kurs til ansatte for i best mulig grad å forhindre at tobakk ble solgt til mindreårige.

### **9.3.5 Ierardi-saken 1991 – innledningen til søksmål om Kentfilteret som ble brukt i 1950-årene**

*Peter Ierardi* røyket opprinnelig Kool sigaretter, men gikk over til å røyke Kent da Lorillard i begynnelsen av 1950-årene introduserte det nye Kent Micronite filteret som helsemessig bedre (se nærmere punkt 6.5.5 ovenfor). Da Kentsigaretten ble lansert i 1952, benyttet Lorillard blant annet et asbeststoff (crocidolit asbest – også kalt «blå asbest») i filteret, uvisst av hvilken grunn, men dette ble fjernet fire år senere. I 1989 utviklet Ierardi en dødelig lungekrefttype (mesothelioma) som normalt skyldes inhalasjon av akkurat det asbeststoffet som i sin tid ble brukt i Kentfilteret. Året etter gikk han i Pennsylvania til erstatningssøksmål mot Lorillard idet han kunne vise til medisinsk dokumentasjon på at kreften måtte skyldes asbeststoffer han hadde fått i seg gjennom Kentfilteret i 1950-årene. Ierardi hevdet at Lorillard visste eller iallfall burde ha visst at bruk av asbeststoffer var farlig.

Denne saken skilte seg ut blant røykesakene fordi tobakksselskapet ikke kunne argumentere med at røykeren hadde kjent til helserisikoen og derfor måtte bære ansvaret for sykdom selv. Da Kentsigaretten kom i begynnelsen av 1950-årene var det ingen røykere som kunne vite at filteret inneholdt asbest, filteret ble jo til og med lansert som et helseorientert gjennombrudd. Tilsynelatende sto Ierardis sak derfor sterkt. Ierardi tapte imidlertid saken fordi han aldri klarte å overbevise juryen om at han faktisk hadde røyket Kentsigaretter i asbestperioden til 1956. Ifølge Ierardi hadde han begynt å røyke Kent i 1953 da han var stasjonert på en flybase i USA, men tobakksselskapene presenterte bevis på at denne flybasen ikke hadde solgt Kentsigaretter før i 1956, det samme året som asbest ble fjernet fra filteret. På denne bakgrunn ble Lorillard frifunnet av juryen.

Noen år etter Ierardis søksmål, ble en helt tilsvarende sak anlagt i California av *Milton J. Horowitz*, og denne gang oppsto ikke de samme bevisvanskeligheter med hensyn til de faktiske omstendigheter omkring røykingen av Kentsigaretter. I august 1995 ble Horowitz tilkjent 2 millioner dollar, hvorav 700.000 dollar utgjorde «punitive damages».

Noe senere innledet *Charles Connor* i Baltimore, Maryland, samme type søksmål mot Lorillard. Han ble representert ved advokatene Charles Patrick og Daniel Childs. Også Connor hadde røykt Kent med mikrolitt filter i begynnelsen av 1950-årene, og i likhet med Ierardi og Horowitz hadde han utviklet den særegne form for asbestkreft i lungen (mesothelioma). I april 1999 tilkjente juryen Connor 225 000 dollar i alminnelig erstatning og 2 millioner dollar i «punitive damages». <sup>485</sup>

Parallelt med Connor-saken verserte også en helt tilsvarende sak anlagt av *Mildred Lacy* i Norfolk County, Massachusetts. Hun ble representert av advokat Madelyn Chaber. Slik som i Connor-saken la juryen til grunn at Lacy hadde røykt Kent sigaretter med det asbestholdige mikrolittfilteret, men juryen syntes å ha vært av den oppfatning at asbestmengden som Lacy hadde fått i seg, neppe kunne ha vært tilstrekkelig til å forårsake Lacys lungekreft.

485. Baltimore Sun 30. april 1999.

Denne avgjørelsen vakte overraskelse hos flere medisinske eksperter på området, idet den aktuelle kreftformen nesten utelukkende knyttes til det asbeststoffet som Lorillard hadde benyttet i sitt Kentfilter.

Advokat Madelyn Chaber, som også førte Henley-saken, har varslet at hun har nye Kentfilter-saker på trappene.

### 9.3.6 Castano-sakene 1994-<sup>486</sup>

Peter Castano, født 1946, begynte å røyke da han var 16 år og ble ganske snart avhengig. Han forsøkte mange ganger å slutte, men til tross for sin hustrus gjentatte henstillinger, var Castano ikke i stand til å slutte å røyke. I 1993 døde han av lungekreft, 47 år gammel.

Etter mannens død kontaktet hans enke, Diane Castano, ekteparets gode venn, advokat Wendell Gauthier, for å få hjelp til å reise erstatningssak mot tobakksselskapene. Gauthier gikk omsider med på å prøve saken, og han kom etter hvert på tanken om å reise sak ikke bare på vegne av Peter og Diane Castano, men et søksmål en gang for alle på vegne av alle røykere og deres etterlatte i USA som hadde lidt tap på grunn av tobakksrelaterte skader og sykdommer.

Gjennom sitt nære bekjentskap med Peter Castano og på bakgrunn av de opplysninger som i løpet av 1980- og 1990-årene var kommet frem om tobakksprodukters virkninger og industriens nikotinmanipulering, konstaterte Gauthier at nikotin var langt mer avhengighetsskapende enn hva man tidligere hadde antatt. Mens tobakkssøksmålene hittil hadde fokusert særlig på tobakksproduktenes skadeevne, var Gauthiers idé å rette søkelyset mot og bygge saken opp omkring nettopp den sterkt avhengighetsskapende effekt av sigarettøyking. Ved dette mente Gauthier å kunne ødelegge tobakksselskapenes «kronargument» om at røykerne selv hadde akseptert helsefarene ved røyking. Gauthiers plan var å vise at røyking ikke bare var det som folk flest mente, nemlig en farlig vane («habit»), men at røyking derimot stort sett skyldtes en avhengighet («addiction») som røykeren ikke kunne kontrollere og at dette tidligere hadde vært ukjent. Til dette kom det forhold at tobakksselskapene ikke bare hadde kunnskap om nikotinets virkninger på brukerne, men at industrien gjennom alle år også hadde forsterket denne virkningen gjennom sin meget avanserte produktutviklingsteknologi.

Et søksmål på vegne av alle røykere og deres etterlatte i USA hadde gigantiske proporsjoner og ville representere det største produktansvarssøksmål i amerikansk historie. Aldri tidligere var det prøvet noen produktansvarssak på vegne av skadelidte i hele nasjonen. Et slikt gruppesøksmål («class action») ville representere opptil 90 millioner mennesker i USA, og omfanget av et eventuelt erstatningsansvar for tobakksselskapene ble anslått til 40 milliarder dollar eller mer. Tidlig i løpet av 1994 samlet over 60 advokatfirmaer fra hele USA seg sammen med Gauthier for å forberede søksmålet. Advokatfirmaene påtok seg saken pro bono, det vil si uten vederlag med mindre saken ble vunnet. Til forberedelse av søksmålet bidro hvert advokatfirma dessuten med 100 000 dollar. Denne gruppen av advokater ble etter hvert kjent som Castano-gruppen, en gruppe som også skulle vise seg å spille en rolle under de store

486. Saken er omtalt blant annet i Fahs 1996 s 137-139, Mollenkamp et al 1998 s 73-76, Pringle 1998 kapittel 2 og 13, Sullum 1998a s 203-207 og Heyes 1999 s 118-120.



forhandlingene i 1997 om et nasjonalforlik mellom delstatene og tobakksindustrien i USA (om dette forliket, se punkt 10.2 og 10.3 nedenfor). Castano-søksmålet ble innledet på vårparten 1994.

Det første spørsmålet som måtte avklares var om det var prosessuell adgang til å anlegge et så stort gruppesøksmål («class action»). I februar 1995 ble Castano-søksmålet godtatt av den føderale District Court i New Orleans. Tobakksselskapene påkjærte imidlertid avgjørelsen, og i mai 1996 kom the U.S. Court of Appeals for the Fifth Circuit til at søksmålet ikke kunne fremmes. Ankesdomstolen viste særlig til at søksmålet var uhåndterlig, idet det omfattet for mange forskjellige delstatlige lover og for mange varierende enkeltskjebner blant de utallige saksøkere.

I mellomtiden, den 12. mars 1996, gikk en av de saksøkte tobakksselskapene, Liggett, med på å forlike saken med Castano-gruppen. Selv om Liggett bare var det femte største tobakksselskap i USA, var forliket prinsipielt viktig. Ved forliket forpliktet Liggett seg blant annet til å sette av 5 % av sine årlige bruttoinntekter, dog maksimum 50 millioner dollar per år, i de neste 25 år til røykesluttprogrammer eller andre øremerkede formål innen Castano-fondet. Ved forliket godtok Liggett også begrensninger i adgangen til å markedsføre mot barn og ungdom, samt å stille seg åpen for å diskutere frigjøring av interne forskningsdokumenter.

Etter at planen om et felles nasjonalt røykesøksmål for hele USA falt, begynte Castano-gruppen å anlegge «class action»-søksmål i de enkelte delstater. Ved årsskiftet 1999–2000 har imidlertid Castano-gruppen hatt lite hell. Flere av de delstatlige «class action»-søksmål er blitt avvist, og ennå er ingen sak fra Castano-gruppen gått gjennom rettsbehandling. Senere er derimot et annet «class action»-søksmål anlagt uavhengig av Castano-gruppen på vegne av alle røykere og deres etterlatte i Florida, *Engel-saken*. Denne saken omtales under punkt 9.3.13 nedenfor.

### 9.3.7 Carter-saken 1996-<sup>487</sup>

Etter å ha røyket sigarettmerket Lucky Strike i 44 år utviklet Grady Carter lungekreft i 1991. Sammen med sin hustru Mildred Carter gikk han samme år til erstatningssøksmål ved advokat Norwood S. Wilner mot tobakksselskapet Brown & Williamson. Sommeren 1996 kom saken opp for retten i Jacksonville, Florida. Carters advokat valgte å legge opp argumentasjonen noe annerledes enn det som hittil hadde vært mønsteret i tobakkserstatningssaker, ved åpent å erkjenne at Carter selv måtte ha et visst egetansvar for sin røyking. Dermed var meget av brodden tatt av tobakksindustriens tradisjonelle forsvarsargument om at den enkelte røyker hadde akseptert helserisikoen ved sin røyking. Advokat Wilners hovedpoeng var at sigarettene var langt farligere enn hva Carter hadde hatt grunn til å tro, særlig i perioden før advarselstekster på sigarettpakninger ble obligatorisk, og at tobakksselskapene grovt hadde forsømt sin informasjonsplikt. I tillegg fokuserte Wilner på nikotinets sterkt avhengighetsskapende virkning. Carter hadde flere ganger forsøkt å slutte å røyke, og hadde prøvd alt fra nikotinplaster til hypnose uten å lykkes. Carter gjorde

487. Saken er blant annet omtalt i Kelder and Daynard 1998 s 213-215, Mollenkamp et al 1998 s 49-52 og Pringle 1998 kapittel 14.

kun krav på erstatning for sitt økonomiske tap, ikke også «punitive damages». Også dette skilte saken fra det typiske tobakkserstatningssøksmål.

På tross av den åpne erkjennelse av et visst eget ansvar fra Carters side, var Brown & Williamson's forsvar det samme som ellers: Ifølge selskapet var det på ingen måte vitenskapelig belagt at selskapets sigaretter var helseskadelige og under enhver omstendighet måtte Carter selv bære risikoen ved sin egen røyking. Ifølge Brown & Williamsons advokater hadde selskapet en særskilt advarselsplikt overfor forbrukeren bare dersom selskapet hadde visst mer om helsevirkningene av sigarett røyking enn legeviten skapen, og noen slik særskilt kunnskap på selskapets hånd var ikke godtgjort.

Endelig fremholdt Brown & Williamson's advokater at erstatningskravet uansett ikke kunne føre frem, idet det var foreldet. Etter foreldelsesloven i Florida må den skadelidte reise sak innen fire år etter at han får kunnskap om skaden og om skadevolderen.<sup>488</sup> Ifølge Brown & Williamson's advokater gikk denne fireårsfristen ut den 4. eller 5. februar 1995, det vil si noen få dager før Carter sendte sin stevning til retten den 10. februar. Carter's advokat innvendte at Carter ikke mottok noen endelig medisinsk lungekreftdiagnose før etter 10. februar 1991, og at kravet således ikke kunne anses foreldet.

Ved kjennelse av 9. august 1996 kom juryen til at Brown & Williamson hadde solgt et farlig og mangelfullt produkt («unreasonably dangerous and defective cigarettes») og at selskapet var erstatningsansvarlig på subjektivt grunnlag («negligence»). Juryen mente at kravet ikke var foreldet. På denne bakgrunn tilkjente juryen Carter og hans hustru til sammen 750 000 dollar (ca 6 millioner norske kroner). Dette utgjorde halvparten av hva Carters advokat hadde nedlagt påstand om, idet juryen fant at Carter selv måtte bære noe av ansvaret.

Følgende spørsmål ble stilt til og besvart av juryen:

1. Was there negligence on the part of the Defendant Brown & Williamson Tobacco Corporation, as successor by merger to The American Tobacco Company, which was a legal cause of loss, injury or damage to Plaintiffs Grady and Mildred Carter? YES.

2. Were the Lucky Strike cigarettes manufactured by Defendant Brown & Williamson Tobacco Corporation, as successor by merger to The American Tobacco Company, unreasonably dangerous and defective and a legal cause of loss, injury or damage to Plaintiffs Grady and Mildred Carter? YES.

If you answered both questions 1 and 2 «No,» your verdict is for Defendant Brown & Williamson Tobacco Corporation, as successor by merger to The American Tobacco Company, and you should proceed no further except to sign and return your verdict. If you answered «Yes» to either question 1 or 2, please answer all the remaining questions on this verdict form

3. Is the Plaintiffs' cause of action barred by the four year statute of limitations? NO.

---

488. Den norske foreldelseslov av 18. mai 1979 nr 18 § 9 nr 1 bygger på samme fristberegningssprinsipp i erstatningssaker. Hovedregelen etter den norske loven er imidlertid en frist på tre år fra skadelidte fikk eller burde ha fått kunnskap om skaden og om skadevolder, jf nærmere i kapittel 19 nedenfor.

If your answer is «yes» to question 3, your verdict is for Defendant Brown & Williamson Tobacco Corporation, as successor by merger to The American Tobacco Company; however, please answer all the remaining questions on this verdict form

4. What is the amount of damages sustained by Plaintiff Grady Carter for pain and suffering, mental anguish, and loss of capacity for the enjoyment of life,

- in the past? \$ 300,000.00
- In the future? \$ 200,000.00

5. What is the amount of damages sustained by Plaintiff Mildred Carter for mental anguish, loss of her husband's services, comfort, society and attentions,

- in the past? \$ 175,000.00
- In the future? \$ 75,000.00

Avgjørelsen var en milepæl. Bare to ganger tidligere – *Cipollone-saken* (punkt 9.3.2 ovenfor) og *Horowitz-saken* (punkt 9.3.5 ovenfor) – var et tobakksselskap blitt idømt erstatningsansvar overfor en røyker, og i begge disse sakene gjorde det seg gjeldende spesielle omstendigheter. *Cipollone-saken* hadde vært en årelang kamp gjennom en rekke rettsinstanser og som til slutt ble oppgitt. *Horowitz-saken* dreide seg om det særegne Kentfilteret fra 1950-årene. *Carter-saken* var således den første virkelige seier overfor tobakksindustrien som prinsipielt bygget på ansvar for tobakksproduktets helseskadelige virkninger *per se*.

Brown & Williamson påanket avgjørelsen, særlig under henvisning til at kravet var foreldet. Ved avgjørelse av 22. juni 1998 fikk selskapet medhold av ankeinstansen, the First District Court of Appeals, i sin foreldelsesinnsigelse. I tillegg kom ankeinstansen til at den føderale sigarettmerkingslov av 1965 (se kapittel 8.2.1 ovenfor) utelukket ansvar som var basert på at Brown & Williamson i perioden etter 1965 hadde unnlatt å advare mot helsefarene ved tobakksbruk. Holdbarheten av denne siste side av ankeinstansens dom – spørsmålet om «preemption» – kan kanskje synes tvilsom etter Den føderale høyesteretts avgjørelse i *Cipollone-saken* i 1992 (jf punkt 9.3.2 ovenfor), i hvert fall hvis ankeinstansen har ment at advarselsmerkingen utelukker ansvar for tilbakeholdelse av produktinformasjon.

Carters advokat har uten hell forsøkt å få foreldelsesspørsmålet revurdert av ankeinstansen. Saken avventer nå behandling for Floridas høyesterett.

### 9.3.8 Connor/Raulerson-saken 1997<sup>489</sup>

Jean Connor røyket fra begynnelsen av 1960-årene 40–60 Winston og Salem sigaretter daglig i over 30 år. I 1993 fikk hun diagnosen lungekreft, hvorefter hun sluttet å røyke og gikk til sak i Jacksonville, Florida ved advokat Norwood S. Wilner mot R. J. Reynolds. Til forskjell fra *Carter-saken* klarte Connor å slutte å røyke ved første forsøk. Da Connor døde i 1995 ble saken ført videre av hennes søster, Dana Raulerson.

489.Saken er blant annet omtalt i Mollenkamp et al 1998 s 163-170.

I april 1995, seks måneder før sin død, ble Connors partsforklaring tatt opp på videobånd i tilfelle hun ikke ville være i live når saken en gang ville komme for retten. Under partsforklaringen deltok både hennes egen og motpartens advokat. I sin forklaring fortalte Connor at hun hadde begynt å røyke som 14–15-åring fordi tobakksreklamen ga henne inntrykk av at røyking ville hjelpe henne å holde seg slank og gjøre henne populær blant sine venner og jevnaldrende. Hun fortalte at etter fire års røyking følte hun seg avhengig av tobakken, og at hun fortsatte å røyke selv om hun etter hvert fikk kunnskap om at det kunne være helseskadelig. Hun sluttet først da hun ble diagnostisert med lungekreft.

Argumentasjonen mellom partenes advokater gikk langs de samme linjer som i Carter-saken. Mens Connors advokat viste til R. J. Reynolds nikotinmanipulering og tilbakeholdeholdelse av vesentlig helseinformasjon, fremhevet tobakksselskapets advokat at røykingen var Connors eget valg og ansvar. Begge parter førte en rekke sakkyndige og vitner, blant annet medisinerer for å belyse spørsmålet om årsakssammenheng mellom Connors røyking og hennes lungekreft, og historikere og samfunnsforskere for å uttale seg om hva menigmann opp gjennom årene har kjent til om helsefarene ved røyking. Juryen ble forelagt de samme spørsmålene som i Carter-saken. Den kom til at det ikke forelå ansvarsbetingende forhold («negligence» eller «unreasonably dangerous and defective products») på tobakksselskapets side.

Følgende spørsmål ble stilt til og besvart av juryen

1. Was there negligence on the part of the R.J. Reynolds, which was a legal cause of loss, injury or damage to Plaintiff Jean Connor. NO.
2. Were the Lucky Strike cigarettes manufactured by Defendant Brown & Williamson Tobacco Corporation, as successor by merger to The American Tobacco Company, unreasonably dangerous and defective and a legal cause of loss, injury or damage to Plaintiffs Grady and Mildred Carter? NO.

### 9.3.9 Karbiwnyk-saken 1997

JoAnn Karbiwnyk, født 1938, begynte å røyke i tenårene og røyket Winston og Salem Lights i over 30 år før hun sluttet i 1984. I 1995 utviklet hun kreft i lunge og livmor, og kreften spredde seg til hjernen. Senere gikk imidlertid kreftutviklingen tilbake. Karbiwnyk gikk til sak i Jacksonville, Florida ved advokat Norwood S. Wilner mot R. J. Reynolds under henvisning til at tobakksselskapet hadde fremstilt og solgt et svært skadelig produkt og unnlatt å gjøre forbrukerne oppmerksomme på helsefarene. R. J. Reynolds forsvar var i hovedsak det samme som i de andre private søksmål, nemlig at røykingen var Karbiwnyks egne frie valg. Juryen ble stilt de samme spørsmål som i Connor/Raulerson-saken og besvarte begge spørsmål om ansvar for R. J. Reynolds benektende. Tobakksselskapet ble således frifunnet. Karbiwnyk har ikke påanket avgjørelsen.

### 9.3.10 Maddox Widdick-saken 1998-

Roland Maddox, født 1930, begynte å røyke Chesterfield sigaretter som 16-åring. Tre-fire år senere gikk han over til Lucky Strike. Begge sigarettmerkene sorterer i dag under tobakksselskapet Brown & Williamson. Maddox røyket etter hvert mellom 30 og 40 sigaretter per dag. Omkring 1995

klarte Maddox å redusere sitt daglige sigarettkonsum til ca 20 sigaretter. I 1996 ble Maddox diagnostisert med lungekreft. På dette tidspunkt hadde kreften spredd seg også til leveren. Roland Maddox døde året etter, 67 år gammel. Etter Roland Maddox' død gikk hans datter, Angela Maddox Widdick til erstatningssøksmål i Jacksonville, Florida ved advokat Norwood S. Wilner mot Brown & Williamson.

Advokat Wilner anførte at tobakksselskapet måtte være erstatningsansvarlig fordi Brown & Williamson hadde manipulert nikotinet i sine produkter på tross av at selskapet var kjent med at nikotinet var sterkt avhengighetsskapende og at tobakksproduktet kunne forårsake alvorlig helseskader som kreft, ulike lungesykdommer og skade på arvematerialet. Maddox' advokat mente videre å kunne påvise ved Brown & Williamsons egne dokumenter at selskapets ledelse hadde vært seg bevisst at den avhengighetsskapende effekt av nikotinet var spesielt sterk hvis man begynte å røyke som ung, men at selskapet sammen med de andre tobakksselskapene i USA hadde konspirert om å holde tilbake viktig helse- og forbrukerinformasjon, samt markedsført sine produkter spesielt mot ungdom.

Brown & Williamsons advokat fremholdt på sin side at både Roland og Margaret Maddox måtte tidlig ha vært klar over helsefarene forbundet med røyking, og at ikke minst Roland Maddox' gjentatte forsøk på å slutte å røyke viste dette. Videre fremhevet Brown & Williamsons advokat at Rolands datter, Angela Maddox Widdick i alle fall kunne og burde ha advart sin far om helserisikoen.

Under rettssaken våren 1998 forklarte enken etter Roland Maddox, Margaret Maddox, at verken hun selv eller han hadde fulgt med i aviser og TV, og at de ikke hadde vært klar over at røyking kunne være helseskadelig. Riktignok hadde deres lege sagt at Maddox burde slutte å røyke, men ifølge Margaret Maddox hadde legen ikke uttrykkelig sagt at røykingen var helseskadelig. Margaret Maddox fortalte videre at hennes mann hadde forsøkt å slutte flere ganger uten å klare det før han ble alvorlig syk i 1996.

Etter to dagers diskusjon kom juryen til at det var bevist at Brown & Williamson hadde konspirert med andre tobakksselskaper om å holde tilbake vesentlig helseinformasjon og at selskapet var ansvarlig for Roland Maddox' død. Juryen tilkjente familien Maddox 500 000 dollar i erstatning for økonomisk tap og oppreisning og 450 000 dollar som såkalt «punitive damages», samt 52 000 dollar til Maddox' forsikringsselskap Blue Cross and Blue Shield for de direkte helseutgifter selskapet hadde måttet utrede for Roland Maddox.

Avgjørelsen markerte en ny milepæl i private søksmål mot tobakksindustrien i USA, idet det var første gang juryen tilkjente saksøkeren «punitive damages». <sup>490</sup> Etter rettssaken erklærte Brown & Williamson at selskapet ville påanke avgjørelsen. Brown & Williamson hadde for øvrig allerede før sakens avslutning en anke (kjæremål) til behandling for The First District Court of Appeals.

Under sakens gang hadde nemlig Brown & Williamson gjort gjeldende at saken hørte hjemme på det sted hvor avdøde Maddox bodde og arbeidet de siste årene, det vil si enten i Palm Beach County eller i Broward County sør i

490. Om «punitive damages», se punkt 9.2.2 ovenfor.

Florida og ikke i Jacksonville, men dette var blitt avvist av domstolen i Jacksonville. Denne vernetingsavgjørelsen var blitt påkjært av Brown & Williamson, og da kjæremålsinstansen omsider ga Brown & Williamson medhold var den visstnok uvitende om at det allerede var falt dom i første instans i sakens materielle erstatningsspørsmål.<sup>491</sup> Dermed ble saken hjemvist til ny behandling for domstolen i Palm Beach/Broward County. Ny avgjørelse i saken er ennå (årsskiftet 1999–2000) ikke falt

### 9.3.11 Henley-saken 1999-

Patricia Henley, født 1947, begynte å røyke Marlboro da hun var 15 år og kom ganske snart opp i et daglig forbruk på 60 sigaretter. I 1998, da Henley var 51 år gammel, fikk hun beskjed om at hun hadde lungekreft. Gjennom kjemoterapi og strålebehandling har det i ettertid lyktes å hemme kreftutviklingen.

Henley gikk i 1998 til erstatningssøksmål i San Francisco, California ved advokat Madelyn Chaber mot Philip Morris. Hennes advokat viste særlig til at hun var blitt sterkt avhengig av nikotin før helseadvarslene på sigarettpakningene kom i midten av 1960-årene, og at hun hadde trodd på Philip Morris når selskapet i alle år hadde meddelt markedet at det ikke fantes vitenskapelige bevis for at tobakk forårsaker lungekreft. Henleys advokat krevde 950 000 dollar i alminnelig erstatning og oppfordret juryen til å utmåle «punitive damages» på inntil 15 millioner dollar. Til sitt forsvar reiste Philip Morris tvil ved årsakssammenhengen mellom Henleys røyking og utvikling av lungekreft, og fremhevet at hun måtte ha visst at røyking kunne være helseskadelig.

I februar 1999 kom juryen til at Philip Morris var erstatningsansvarlig og tilkjente Henley 1,5 millioner dollar i alminnelig erstatning og hele 50 millioner dollar i «punitive damages», altså på begge punkter langt over det Henley selv hadde reist krav om. Etter rettssaken uttalte jurymedlemmer til pressen at de var blitt sjokkert over dokumentasjonen av Philip Morris' nikotinmanipulering og hemmelighetspolicy, og at de ved avgjørelsen ønsket å sende en klar beskjed til alle tobakksselskapene om at dette ikke var akseptabelt.

Avgjørelsen ble anket av Philip Morris. I april 1999 kom ankedomstolen til at det var berettiget av juryen å reagere hardt mot Philip Morris, men at en utmåling på over 50 millioner dollar var urimelig. Ankedomstolen halverte beløpet – til 26,5 millioner dollar. Philip Morris fikk ikke medhold i at saken i sin helhet burde hjemvises til ny behandling. Ankedomstolen viste særlig til at det var bevist at Philip Morris hadde holdt tilbake vesentlig produktinformasjon og villedet markedet ved å bestride at røyking er helseskadelig.

Ved en slik (delvis) tilsidesettelse av juryens avgjørelse har Henley anledning til å kreve saken behandlet på nytt, men hennes advokat har uttalt at det neppe blir aktuelt. Philip Morris på sin side har påanket avgjørelsen videre. Endelig avgjørelse i saken er ennå (årsskiftet 1999–2000) ikke falt.

### 9.3.12 Williams-saken 1999-

Jesse Williams, født i 1930, røyket opptil 60 Marlboro sigaretter per dag i over 40 år før han døde av lungekreft i 1997, 67 år gammel. Erstatningssøksmål mot Philip Morris ble anlagt i Portland, Oregon i 1996 ved advokatene Ray Thomas, James Coon, Bill Gaylord og Charles Tauman samt jusprofessor Richard

491.Metro, The Florida Times-Union 2. februar 1999.

Daynard. Etter Williams' død ble saken overtatt av hans enke og barn, og de krevde over 100 millioner dollar i erstatning av Philip Morris under henvisning til at selskapet i alle år visste at det solgte et kreftfremkallende produkt. Familien forklarte under rettssaken at Jesse Williams var sterkt avhengig av nikotin og at han aldri helt ville tro at tobakksselskapene ville selge et helsefarlig produkt.

Et hovedspørsmål i saken var om Williams' lungekreft var forårsaket av sigarettøykingen, og i bekreftende fall om kreften var utviklet før eller etter 1988. Bakgrunnen for dette tidsspørsmålet var at Oregons erstatningslov satte en åtte års foreldelsesfrist for hvor gamle forhold en skadevolder kunne holdes ansvarlig for.

I februar 1999 kom juryen til at Philip Morris var ansvarlig for Williams' død, men at Williams selv også måtte anses medvirkende med inntil 50 %. På tross av denne skylddelingen tilkjente juryen Williams' familie 1,6 millioner dollar i alminnelig erstatning og rekordstore 79,5 millioner dollar i «punitive damages».

Philip Morris anket avgjørelsen og i mai 1999 ble de «punitive damages» mer enn halvert – til 32 millioner dollar. Philip Morris vil antagelig forsøke å få redusert beløpet ytterligere ved videre anke. Men om den endelige erstatningsfastsettelse foreløpig er uavklart, ser det ut til at ansvarsgrunnlaget ligger fast.

### 9.3.13 Engel-saken 1999-<sup>492</sup>

Howard Engle begynte å røyke som 18-åring, i sitt første år som medisinerstudent. Senere forsøkte han et utall av ganger å slutte, men klarte aldri å holde seg unna sigarettene i mer enn et par uker om gangen. Da Engle ble eldre utviklet han alvorlig astma. I begynnelsen av 1990-årene begynte Engle med sine advokater å forberede et massivt søksmål mot tobakksindustrien i USA. Engles advokater var ekteparet Susan og Stanley Rosenblatt, de samme advokatene som representerte Norma Broin i hennes gruppesøksmål på vegne av flykabinpersonale som var blitt skadet av passiv røyking i flykabinen (se punkt 9.4.1 nedenfor).

Ved stevning i 1994 innledet Engle det som skulle bli det første «class action»-søksmål på vegne av røykere til å komme for retten. Tidligere hadde som nevnt Castano-gruppen forsøkt det samme, men uten hell (se punkt 9.3.6 ovenfor). Nærmere bestemt ble Engel-søksmålet anlagt på vegne av alle innbyggere i Florida som på grunn av egen røyking var blitt påført tobakkssykdommer og -skader. Søksmålet omfattet i prinsippet også etterlatte etter avdøde røykere. I alt kunne det dreie seg om opptil en halv million mennesker. Erstatningskravet ble anslått til å komme opp i minst 200 milliarder dollar.

Etter at stevning ble tatt ut i 1994 fulgte flere års strid mellom partene blant annet om dokumentfremleggelse og en rekke prosessuelle spørsmål. Strid om tobakksselskapenes plikt til å fremlegge sine forskningsdokumenter m.v. ser ut til å være en obligatorisk del av enhver tobakksrettssak. Dertil var det i Engel-sakens forberedende fase et særspørsmål om det i det hele tatt var prosessuell adgang til å anlegge et søksmål av dette omfang. Etter at domstolen i førsteinstans besvarte dette spørsmålet i prinsippet bekreftende, ble

492.I tillegg til utallige avisartikler, er saken omtalt blant annet i Sullum 1998a s 202-204.

avgjørelsen påkjært til ankeinstansen, The District Court of Appeal (Third District). Ved avgjørelse av 31. januar 1996 ble førsteinstansens prinsipielle godkjenning av søksmålet opprettholdt, dog ble det understreket at et eventuelt søksmål måtte begrenses til innbyggerne i Florida. Videre kjæremål ble avvist av Floridas høyesterett (The Florida Supreme Court) den 2. oktober 1996.

Etter dette anførte tobakksselskapene at Floridas lov ikke kunne anvendes under ett for så mange og ubestemte saksøkere som alle innbyggere i Florida. Tobakksselskapene viste særlig til at mange av de menneskene som søksmålet omfattet, hadde bodd og røyket i andre stater før de flyttet til Florida. Denne argumentasjonen ble imidlertid avvist av Dade County Circuit Court i Florida (førsteinstansen) ved en avgjørelse i januar 1998. Retten viste til at staten Florida tross alt hadde den nærmeste tilknytning til saksøkerne og at nåværende innbyggers tidligere bosteder hadde lite eller intet å gjøre med årsaken til eventuelle tobakksskader de måtte ha pådratt seg.

Selve den materielle saken kom endelig for retten sommeren 1998. På dette tidspunkt ble «class action»-søksmålet representert ved Howard Engle og åtte andre individer. De saksøkte tobakksselskapene var Philip Morris, RJR, Brown & Williamson, Lorillard, Liggett og de to interesseorganene The Council on Tobacco Research (CTR) og The Tobacco Institute (TI). Rettsbehandlingen skulle vise seg å bli en av de mest langvarige i USAs historie. Da juryutvelgelsen tok til sommeren 1998 var det tatt ut hele 900 mulige kandidater. Etter tre måneders prøvelse og granskning fra partenes side ble seks personer tatt ut til jurytjeneste. Juryen besto av fire afro-amerikanere og to hvite. To av seks var kvinner. Av juryens medlemmer hadde tre aldri røyket, det fjerde hadde bare så vidt prøvd litt i sin ungdom, det femte hadde begynt å røyke som 17-åring men hadde klart å slutte fire år senere, mens det sjette jurymedlemmet hadde røyket siden 25-årsalderen.

Selve saken kom i gang i oktober 1998, og til tross for at det var satt av tre måneder til saken, var partene ikke ferdige med å presentere sin sak før i juni 1999. I løpet av disse ni månedene ble det ført 84 vitner (58 fra saksøkernes side og 26 fra de saksøktes side) og det ble lagt frem nesten 1 400 dokumenter (1 098 fra saksøkernes side og 270 fra de saksøktes side).

På det tidspunkt Engel-saken gikk for retten var hovedmønsteret for partenes argumentasjon allerede vel etablert ved de siste par års tobakkserstatningssaker. I korthet viste saksøkerne til at røykerne var ført bak lyset ved industriens tilbakeholdelse av vesentlig helse- og produktinformasjon, mens det fra saksøktesiden ble gjort gjeldende at det var utilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon om at tobakk kan medføre bestemte skader og sykdommer og at helesrisikoen uansett har vært og er alminnelig kjent i markedet.

Da partene hadde fullført sin bevisførsel og argumentasjon ble juryen, mandag 29. juni 1999, forelagt et 12 siders dokument hvor dommeren oppsummerte og formulerte hvilke spørsmål juryen skulle ta stilling til. Disse spørsmålene var i denne omgang ikke konkret knyttet til de ni saksøkerne som hadde reist saken, men var derimot av generell karakter for å danne en felles ramme om de mange personene som var omfattet av «class action»-søksmålet. Det ble blant annet stilt spørsmål om det under rettsbehandlingen var ført tilstrekkelig bevis for at sigarettøyking var avhengighetsskapende og om sigarettøyking kunne forårsake en rekke nærmere angitte helseskader



og sykdommer. Juryen ble videre bedt om å avgjøre om det var bevist at tobakksselskapene hadde holdt tilbake viktig informasjon («consumer fraud»), om de hadde solgt et produkt med sikkerhetsmangel («defective product») og om tobakksselskapene mot bedre vitende utad hadde bestridt at sigarettøyking er helseskadelig.

Den 7. juli 1999, etter en ukes rådslagning, ga juryen saksøkerne medhold på bortimot alle punkter. Av 23 angitte skader og sykdomstilstander fant juryen at det var bevist at sigarettøyking kunne forårsake 20, derunder lungekreft, halskreft, tungenkreft, blærekreft, nyrekreft, lungeemfysem, slag, hjertelidelser og svangerskapskomplikasjoner. De tre lidelsene hvor, ifølge juryen, tobakksrelasjonen ikke var tilstrekkelig godtgjort, var astmatisk bronkitt, bronkoalveolært karsinom (en kreftform i de nedre luftveier) og nedsatt fruktbarhet/infertilitet.

Juryen kom videre til at sigaretter var et produkt med sikkerhetsmangel («defective product») og at tobakksselskapenes opptreden var å anse som bedrag («consumer fraud»), idet industrien i flere tiår hadde hemmeligholdt for forbrukerne at nikotin er avhengighetsskapende og samtidig i det skjulte foredlet og forsterket denne virkningen. På denne bakgrunn kom juryen til at det i utgangspunktet forelå grunnlag for så vel alminnelig erstatning som «punitive damages» (om «punitive damages», se forklaring i petitavsnittet i punkt 9.2.2 ovenfor).

En sammenfatning av de spørsmål som ble stilt til og besvart av juryen:

QUESTION No. 1 [Generic Causation]

Does smoking cigarettes cause one or more of the following diseases or medical conditions?

Aortic Aneurysm: YES.

Asthmatic Bronchitis as related to COPD: NO.

Bladder Cancer: YES.

Cerebrovascular Disease (including Stroke): YES.

Cervical Cancer: YES.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD (including Emphysema): YES.

Coronary Heart Disease (including cardiovascular disease, hardening of the arteries, atherosclerosis, coronary artery disease and arteriosclerosis, angina, abnormal blood clotting, blood vessel damage, myocardial infarction (heart attack)): YES.

Esophageal (Throat) Cancer: YES.

Infertility: NO.

Kidney Cancer: YES.

Laryngeal (Throat or Voice Box) Cancer: YES.

Lung Cancer YES.

Adenocarcinoma: YES

Bronchioloalveolar carcinoma: YES

Large cell carcinoma: NO

Small cell carcinoma: YES

Squamous cell carcinoma: YES

Complications of Pregnancy (miscarriage): YES.

Oral Cavity/Tongue Cancer: YES.

Pancreatic Cancer: YES.

Peripheral Vascular Disease (including Buerger's Disease): YES.

Pharyngeal Cancer: YES.

Stomach Cancer: YES.

If your answer to all of the diseases, above, is «no», your verdict is for the Defendants, and you should not proceed further except to date and sign this verdict form. If you answered «yes» to any of the above questions, please answer the following questions.

QUESTION No. 2: [Addiction/Dependence]:

Are cigarettes that contain nicotine addictive or dependence producing? YES.

QUESTION No. 3 [Strict Liability]

Did one or more of the Defendant Tobacco Companies place cigarettes on the market that were defective and unreasonably dangerous? YES.<sup>493</sup>

QUESTION No. 4 [Fraud and Misrepresentation]

Did one or more of the Defendants make a false statement of a material fact, either knowing the statement was false or misleading, or being without knowledge as to its truth or falsity, with the intention of misleading smokers? YES.<sup>494</sup>

QUESTION No. 4a [Fraud by Concealment]

Did one or more of the Defendants conceal or omit material information, not otherwise known or available, knowing the material was false and misleading, or failed to disclose a material fact concerning or proving the health effects and/or addictive nature of smoking cigarettes? YES.<sup>495</sup>

QUESTION No. 5 [Civil Conspiracy-Misrepresentation]

Did two or more of the Defendants enter into an agreement to misrepresent information relating to health effects of cigarette smoking, or the addictive nature of smoking cigarettes, with the intention that smokers and members of the public rely to their detriment? YES.<sup>496</sup>

QUESTION No. 5a [Civil Conspiracy-Concealment]

Did two or more of the Defendants enter into an agreement to conceal or omit information regarding the health effects of cigarette smoking, or the addictive nature of smoking cigarettes, with the intention that smokers and members of the public rely to their detriment? YES.<sup>497</sup>

QUESTION No. 6 [Breach of Implied Warranty]

Did one or more of the Defendant Tobacco Companies sell or supply cigarettes that were defective in that they were not reasonably fit for the uses intended? YES.<sup>498</sup>

QUESTION No. 7 [Breach of Express Warranty]

Did one or more of the Defendant Tobacco Companies sell or supply cigarettes that, at the time of sale or supply, did not conform to representations of fact made by said Defendant(s), either orally or in writing? YES.<sup>499</sup>

QUESTION No. 8 [Negligence]

---

493.Juryen svarte ja på dette spørsmålet for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene, både i tiden før og tiden etter 1. juli 1974.

494.Juryen svarte ja på dette spørsmålet for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene, både i tiden før og tiden etter 5. mai 1982.

495.Juryen svarte ja på dette spørsmålet for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene, både i tiden før og tiden etter 5. mai 1982.

496.Juryen svarte ja på dette spørsmålet for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene.

497.Juryen svarte ja på dette spørsmålet for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene.

498.Juryen svarte ja på dette spørsmålet for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene, både i tiden før og tiden etter 1. juli 1969.

499.Juryen svarte ja på dette spørsmålet for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene, både i tiden før og tiden etter 1. juli 1974.

Have Plaintiffs proven that one or more of the Defendant Tobacco Companies failed to exercise the degree of care which a reasonable cigarette manufacturer would exercise under like circumstances? YES.<sup>500</sup>

QUESTION No 9 [Intentional Infliction of Emotional Distress]

Have Plaintiffs proven that one or more of the Defendant Tobacco Companies engaged in extreme and outrageous conduct or with reckless disregard to cigarettes sold or supplied to Florida smokers with the intent to inflict severe emotional distress? YES.<sup>501</sup>

QUESTIN No. 10 [Entitlement to Punitive Damages]

Under the circumstances of this case, state below whether the conduct of any Defendant rose to a level that would permit a potential award or entitlement to punitive damages? YES.<sup>502</sup>

Denne første fasen av saken gjaldt altså kun generelle spørsmål som en ramme om «class action»-søksmålet. Juryens avgjørelse var likevel av meget stor prinsipiell betydning, dels ved at den kunne sies å etablere et generelt ansvarsgrunnlag for tobakksindustrien og dels ved at den ga grunnlag for videre prøvelse.

Sakens neste fase er nå for den samme juryen å avgjøre om de ni saksøkerne som representerer «class action»-søksmålet har krav på erstatning. Dette vil bero på en konkret vurdering av hver enkelt saksøkers forhold, for eksempel om industriens uttalelser og markedsføring har hatt betydning for den enkeltes røykevaner og om vedkommendes skade eller sykdom er forårsaket av røykingen. Dommeren i saken, Robert Kaye, slo fast ved avgjørelse av henholdsvis 30. juli og 2. august 1999 at denne utmålingsfasen i første omgang skulle begrenses til to av de ni saksøkerne som representerer class-action-søksmålet, men at spørsmålet om «punitive damages» skulle vurderes under ett for hele class-action-gruppen, altså for *alle* tobakksskadde i Florida, antatt å være omkring en halv million mennesker. Disse avgjørelsene i førsteinstansen satte i gang en ny og dramatisk ankeprosess som nok en gang skulle forsinke fremdriften i saken.

I september 1999 kom ankeinstansen, The Third District Court of Appeals, til at fastsettelsen av eventuelle «punitive damages» i sakens andre fase *ikke* kunne omfatte hele class-action-gruppen, men måtte avgjøres konkret fra individ til individ.<sup>503</sup> Et par uker senere omgjorde imidlertid ankeinstansen sin egen avgjørelse uten å gi noen nærmere begrunnelse for dette. Ved et pålegg av førsteinstansen i oktober 1998 er partene i saken underlagt en generell taushetsplikt så lenge saken verserer, så det er vanskelig å vite hvilke nye anførsler og grunnlag ankeinstansen bygget på i sin omgjøringsbeslutning. Tobakksselskapene anket videre til Floridas høyesterett, men anken ble nektet fremmet. Dermed er førsteinstansens avgjørelse om at juryen kan utmåle en samlet erstatningssum for «punitive damages» for alle tobakksskadde i Florida, til slutt blitt stående. Fra tobakksselskapenes side er

500.Juryen svarte ja på dette spørsmålet for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene, både i tiden før og tiden etter 1. juli 1969.

501.Juryen svarte ja på dette for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene.

502.Juryen svarte ja på dette for hvert av de fem saksøkte tobakksselskapene.

503.Miami Herald 4. september 1999 og Washington Post 4. september 1999.

det fryktet at en samlet utmåling av «punitive damages» kan bli så mye som 300 milliarder dollar, og at dette vil kunne ruinere industrien.<sup>504</sup>

Den andre fasen tok til i november 1999 og gjelder spørsmålet om Howard Engel og de åtte andre saksøkerne som representerer «class action»-gruppen hver for seg har et erstatningskrav mot tobakksselskapene. I begynnelsen av april 2000 hadde juryen behandlet ferdig erstatningskravet fra tre av disse saksøkerne. Juryen tilkjente disse tre til sammen 12,7 millioner dollar i erstatning. Juryens neste oppgave er å utmåle eventuelle «punitive damages» samlet for «class action»-gruppen.<sup>505</sup> Dermed ser det ut til at denne andre fasen vil vare godt ut i år 2000.

Ved juryens generelle stadfestelse av et ansvarsgrunnlag for tobakksindustrien er det også banet vei for en tredje mulig fase i Engel-saken. Hvis avgjørelsen blir stående, er det nå åpnet opp for en serie av minirettssaker for nye juryer hvor enhver røyker i Florida som er blitt påført skade eller sykdom på grunn av sin røyking, eventuelt vedkommendes etterlatte, kan få prøvet om det konkret er grunnlag for erstatning. Omfanget av en slik tredje mulig fase kan bli meget omfattende og vil kunne legge beslag på domstoler i Florida i mange år fremover. Det gjenstår å se hva den videre utvikling vil bli, idet flere sider ved saken ennå kan bli gjenstand for anke, derunder visstnok selve spørsmålet om å godkjenne søksmålet som et «class action».

#### 9.3.14 Whiteley-saken 2000-

Lesley Whiteley begynte å røyke i 1972. Hun var da 13 år gammel. Etter 25 års røyking av Marlboro og Camel Light, ble hun diagnostisert med lungekreft i 1998 og fikk beskjed om at hun antagelig ville dø innen to til tre år. Året etter gikk hun til søksmål ved advokat Madelyn Chaber (samme advokat som representerte Henley, jf punkt 9.3.11 ovenfor) mot Philip Morris og RJR i San Francisco, California.

Advokat Chaber argumenterte særlig med at tobakksselskapene hadde innrettet sin markedsføring spesielt mot ungdom, deriblant Whiteley, og hun fremhevet i denne sammenheng sigarettenes svært avhengighetsskapende virkning på brukeren. Tobakksselskapene forsvarte seg blant annet med at Whiteley selv måtte bære iallfall deler av ansvaret for lungekreften, under henvisning til at hun hadde røyket marijuana og ignorert de advarslene hun hadde fått av sin lege under sine fire svangerskap.

Den 20 mars 2000 kom juryen, bestående av syv menn og fem kvinner, til at Philip Morris og RJR var erstatningsansvarlig overfor Whiteley. Whiteley ble tilkjent i underkant av 1,5 millioner dollar for økonomisk tap og som ménerstatning. Hennes ektemann ble tilkjent 250.000 dollar for (det forventede) tap av ektefelle. Juryen fant også at de to tobakksselskapene var skyldig i bedrag («fraud and malice»), og tilkjente Whiteley og hennes ektemann 10 millioner dollar hver i «punitive damages».<sup>506</sup> Philip Morris og RJR har erkært at de vil påanke avgjørelsen.

Avgjørelsen markerer en ny milepæl i tobakkserstatningssakene i USA. Whiteley er den første til å vinne frem mot tobakksselskapene til tross for at

504.Associated Press 20. oktober 1999 og Sun-Sentinel 20. oktober 1999.

505.New York Times 10. april 2000.

506.Om «punitive damages», se punkt 9.2.2 ovenfor.

hun begynte å røyke *etter at* advarselsmerkingen av sigarettpakninger ble innført i 1965.<sup>507</sup>

#### 9.4 Private søksmål basert på skadevirkningene av passiv røyking

---

##### 9.4.1 Broin-saken 1991–1997<sup>508</sup>

Høsten 1991 tok advokatene Susan og Stanley Rosenblatt ut gruppesøksmål («class action») i Florida mot alle de store tobakksselskapene i USA på vegne av alt ikke-røykende flykabinpersonell som etter 1930 hadde pådratt seg skader eller sykdommer som følge av passiv røyking i flykabinen. I alt ble det anslått at det kunne dreie seg om 60 000 mennesker. I februar 1990 ble det innført røykeforbud på praktisk talt alle innenriks flyreiser i USA, men før den tid var det røykefrihet på de fleste internasjonale flyruter.

Frontfigurer for søksmålet var flyvertinne Norma Broin sammen med seks nåværende eller tidligere kolleger. Broin hadde i 1989, i en alder av 32 år, fått diagnosen lungekreft. Hun hadde på det tidspunkt vært ansatt i 13 år i American Airlines. Hennes ene lunge ble fjernet, hvoretter hun ble bedre.

I noen grad bygget søksmålet på de samme faktiske forhold som røykesakene ellers; kort sagt det forhold at tobakksselskapene mot bedre vitende i alle år hadde bestridt og fortsatt bedstred de helseskadelige virkninger av tobakksbruk, både aktiv og passiv røyking, og at tobakksselskapenes hemmeligholdelse av vesentlig helseinformasjon hadde hindret og forsinket forebyggende tiltak mot passiv røyking.

Etter flere års strid mellom partene i saken, blant annet om gruppesøksmålet i det hele tatt kunne fremmes, et spørsmål som omsider ble besvart bekreftende av ankedomstolen, ble rettssaken innledet i juni 1997. Fire måneder senere, før det forelå noen rettsavgjørelse, kastet tobakksselskapene inn håndklet og forlikte saken den 9. oktober 1997 for i alt 349 millioner dollar.<sup>509</sup> I forliket heter det blant annet at tobakksselskapene har bevisbyrden for at en del nærmere angitte lungelidelser *ikke* skyldes påvirkning av passiv røyking i flykabinen og at forliket også omfatter kabinpersonale med foreldede krav.

Et særtrekk ved forliket er at pengene ikke utbetales til saksøkerne, men plasseres i et eget fond (The Broin Research Foundation) til støtte for forskning, forebygging og behandling av røykerelaterte sykdommer for flykabinpersonale.

For at forliket skulle anerkjennes som et rettsforlik måtte det godkjennes av domstolen. I denne påfølgende godkjennelsesprosess fikk saken et etterspill da 59 utbrytere fra class action-gruppen protesterte mot at de ikke fikk noe økonomisk utbytte eller andre fordeler av forliket. Videre protesterte de på advokathonoraret til ekteparet Rosenblatt på 46 millioner dollar. Disse innsigelsene førte imidlertid ikke frem. Forliket og advokathonoraret ble endelig godkjent av ankedomstolen i mars 1999.<sup>510</sup>

507.Om lovgivningen om advarselsmerking i USA, se punkt 8.2 og 8.3 ovenfor.

508.Saken er omtalt blant annet i Sullum 1998a s 201-202.

509.Associated Press 11. oktober 1997 og Washington Post 11. oktober 1997.

510.Sun-Sentinel 24. mars 1999.

#### 9.4.2 Butler-saken 1999<sup>511</sup>

Burl Butler drev sin egen frisørsalong og var daglig utsatt for passiv røyking fra sine kunder. Selv røykte han ikke. I 1992 fikk han diagnosen lungekreft og to år senere døde han. Butler var overbevist om at årsaken til lungekreften var at han var blitt utsatt for passiv røyking i frisørsalongen over en periode på 30 år. Han anla erstatningssøksmål mot alle de store tobaksselskapene, og etter hans død fortsatte saken ved hans etterlatte.

Et hovedspørsmål i saken var om sigarettøyk faktisk var årsaken til Butlers lungekreft eller ikke. Tobaksselskapenes advokater fremhevet med styrke at en rekke faktorer kunne ha spilt inn, blant annet syntes Butlers familie å være disponert for kreft, og i sitt arbeid som frisør var Butler blitt utsatt for asbest i det talkumpulveret han brukte og methylenklorid fra hårspray.

I juni 1999 kom juryen til at det ikke fantes tilstrekkelige bevis for at tobakksrøyk var årsaken til Butlers lungekreft og frifant tobaksselskapene.

### 9.5 Regressøksmål fra forsikringselskaper og sykekasser

---

#### 9.5.1 Oversikt

Helsevesenet i USA er i betydelig grad basert på private forsikringsordninger, hvorved det er overlatt til det enkelte individ å sørge for å være omfattet av en helseforsikring som dekker utgifter til lege og annen behandling ved skade og sykdom. En spesielt viktig del av dette systemet er de forsikringene som arbeidsgivere tegner til beskyttelse av sine arbeidstakere i henhold til store kollektive avtaler mellom arbeidsgiverorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner. Disse kollektive forsikringsordningene dekker arbeidstakernes utgifter til medisiner, lege og sykehus i tillegg til å yte økonomisk støtte ved uførhet og død.

De kollektive forsikringsordningene omfatter over 30 millioner arbeidstakere i USA innen et bredt spekter av næringer – alt fra industri, bygg og håndverk til transport-, tekstil- og underholdningsbransjen – og utgjør en hovedpilar i det amerikanske helse- og velferdssystem. Forsikringsfondene er undergitt inngående føderal lovregulering gjennom lover som the Labor Management Relations («Taft Hartley») Act of 1947, the Employee Retirement Income Security Act of 1974 («ERISA») og the Internal Revenue Code (sistnevnte lov unntar forsikringsfondene fra skatteplikt).

Røykeandelen blant den gruppe mennesker som er omfattet av disse kollektive forsikringsordningene har tradisjonelt vært meget høy og langt over landsgjennomsnittet. I dag røyker opptil 50 % av disse arbeidstakerne og røykerne røyker i gjennomsnitt mer enn dobbelt så mange sigaretter daglig som røykere ellers i USA. Av denne gruppen blir 38 % storryktere før fylte 18 år. Omkring 40 % av kvinnene røyker og 30 % av disse fortsetter visstnok å røyke gjennom svangerskap.<sup>512</sup>

På bakgrunn av de forhold som utover 1990-årene er blitt avdekket innen den amerikanske tobakksindustri, innledet en rekke forsikringsfond og sykekasser for arbeidstakere i 1998 erstatningssøksmål mot tobaksselskap-

511.Saken er blant annet omtalt i Pringle 1998 s 71-72.

512.Kilde for disse tallene er Connerton 1998.

ene. I disse søksmålene vises det til at forsikringsselskapene lenge har hatt store utgifter på å refundere tobakksrelaterte helseutgifter til sine forsikringstakere. De fleste av disse sakene er blitt anlagt som «class action»-søksmål på vegne av ulike kategorier helseforsikringer og sykekasser. Disse søksmålene er ganske parallelle til de refusjonssøksmål som fra 1994 ble anlagt av delstatene i USA, og som til slutt endte i et stort nasjonalforlik i 1998 (se nedenfor og neste kapittel). I 1999 har også USAs føderale regjering gått til søksmål mot tobakksindustrien for å få refundert påførte helsekostnader i forbindelse med behandlingen av tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus (om dette søksmålet, se punkt 9.6.6 nedenfor).

### **9.5.2 Grunnlagene for forsikringsselskapenes erstatningssøksmål mot tobakksindustrien**

Det faktiske grunnlaget for disse søksmålene er, i likhet med tobakkserstatningssakene ellers, at tobakksindustrien ved sin nikotinteknologi, tilbakeholdelse av avgjørende helseinformasjon og produktreklame, har villedet markedet og påført røykerne og dermed deres forsikringsselskaper helseutgifter. Forsikringsselskapene legger særlig vekt på det de mener har vært og er en nøye planlagt og suksessrik markedsføring fra tobakksselskapenes side mot arbeidermiljøer. Forsikringsselskapene hevder videre at tobakksselskapene kunne ha laget helsemessig bedre og mindre avhengighetsskapende tobakksprodukter, men at tobakksselskapene seg imellom ble enige om ikke å gjøre det.

Rettslig sett fremholder forsikringsselskapene at tobakksselskapenes opptreden faller inn under den føderale og statlige lovgivning mot organisert kriminalitet (RICO – Racketeer Influenced and Corrupt Organizations laws) og at tobakksselskapene har forbrutt seg mot konkurranselovgivningen. Forsikringsselskapene viser også til at tobakksselskapene i alle år har oppnådd en ugrunnet berikelse på forsikringsselskapenes bekostning.

Tobakksselskapene understreker til sitt forsvar – som ellers i tobakkserstatningssakene – at helsefarene ved tobakksbruk lenge har vært vel kjent og at røyking er en frivillig sak. Spesielt med disse forsikringsregressakene er imidlertid at tobakksselskapene i tillegg bestrider at forsikringsordninger og sykekasser overhodet har søksmålsevne i den type erstatningskrav som forsikringsselskapene gjør gjeldende. Tobakksselskapene viser til at forsikringsselskapene har en for perifer tilknytning til saksforholdet og at eventuelle erstatningskrav for helseutgifter vil tilkomme det enkelte berørte individ og ikke dets forsikringsselskap. En annen løsning vil ifølge tobakksselskapene føre til at tobakksindustrien vil kunne holdes ansvarlig flere ganger, dels av individer, dels av individenes forsikringsordninger.

Tobakksselskapene fremholder videre at forsikringsselskapenes modeller for tapsberegning har svakheter på avgjørende punkter. Blant annet hevdes det fra tobakksselskapenes hold at de gruppeanalysene som forsikringsselskapene gjør bruk av ikke holder mål når det gjelder å fastslå en generell risiko for helseskader. Videre viser tobakksselskapene til at man ikke uten videre kan koble risikoen for dødelighet blant røykere med risiko for at forsikringsselskapene skal bli påført tobakksrelaterte helseutgifter. Om denne type beregningsmessige spørsmål, viser vi til Knut Ringens redegjørelse, inntatt som vedlegg 3 til utredningen. Se også kapittel 18 nedenfor.

### 9.5.3 Domstolenes stilling til disse sakene

Forsikringsselskapenes krav om erstatning fra tobakks-industrien har fått en tung begynnelse.<sup>513</sup>

I flere saker har tobakksindustriens argumenter slått gjennom allerede i den innledende fase.<sup>514</sup> For eksempel er en del forsøk på anlegge regressøksmål blitt avvist av domstolene under henvisning til at forsikringsselskapene i så fall må anlegge sak på vegne av *hver enkelt* forsikringstaker. Et slikt krav vil i praksis utelukke erstatningssøksmål fra forsikringsselskapene idet det skaper nærmest uoverstigelige praktiske problemer. Noen domstoler har avvist forsikringsselskapenes regresskrav under henvisning til at kravene er for avledete og upåregnelige.<sup>515</sup>

Andre domstoler i USA har derimot i prinsippet tillatt slike søksmål.<sup>516</sup> Den første av disse sakene til å gå gjennom rettsbehandling, ble anlagt av et større forsikringsfond for arbeidere i Ohio og kravet var på 2 milliarder dollar.<sup>517</sup> Saken tok til den 22. februar 1999. Dommeren satte en streng fire ukers ramme for saken. Den 18. mars 1999 kom juryen enstemmig til at kravet fra forsikringsselskapene ikke kunne føre frem.

Selv om forsikringsselskapene til nå har slitt i motbakke, er det nok for tidlig å konkludere med at mulighetene for å vinne frem med slike tilbakesøkningskrav er utelukket. Det er anlagt slike saker i de fleste av statene i USA, og sakene er bare såvidt begynt å komme for domstolene.

## 9.6 Offentlige søksmål

---

### 9.6.1 Oversikt

Bakgrunnen for de delstatlige søksmål mot tobakksindustrien i USA var i første rekke avsløringene i slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-årene av at tobakksselskapene lenge hadde fortiet sin nikotinforedling og inngående kjennskap til helsefarene ved røyking. Foruten den oppsikt, harme og indignasjon som dette vakte, lå det her også rettslig sprengstoff. Det materiale som utover 1990-årene kom frem om tobakksselskapenes opptreden gjennom flere tiår, syntes å dokumentere en rekke grove lovbrudd og ansvarsbetingende forhold, blant annet mulige brudd på forbrukerlover, markedsføringslover og konkurranse- og næringslivsstandarder. De delstatlige søksmål mot tobakksindustrien fremstår således *både* som en rettslig reaksjon på lovbrudd *og* som erstatningsrettslige oppgjør. Det er bare et mindretall av statene som i sin stevning har anført produktansvar som søksmålsgrunnlag.<sup>518</sup>

Innsynet i tobakksindustriens interne forskningsarkiver ga en erkjennelse av at tobakksprodukter er enda farligere enn man hittil hadde antatt og at de

513.Se for eksempel New York Law Journal, 21 mars 2000.

514.Se for eksempel Yahoo News 10 januar 2000.

515.Se for eksempel PR Newswire 30. september 1999 og Yahoo Finance 7 mars 2000.

516.Se for eksempel Legal Times 3 januar 2000.

517.Iron Workers Local Union No. 17 Insurance Fund v. Philip Morris Inc., et. al.

518.For en oversikt over betydningen av produktansvarsreglene i de delstatlige søksmål, se Givelber 1998. Produktansvarsreglene i amerikansk erstatningsrett er kort presentert i punkt 9.2.2 ovenfor.



offentlige helseutgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer var enda større enn hva man nok hadde tenkt over.

I USA finansieres helsevesenet i det store og hele ved private forsikringsordninger og ikke over offentlige budsjetter. De fleste mennesker har helseforsikring gjennom sin arbeidsgiver. For lavtlønnsgrupper og fattige finnes imidlertid en dekningsordning i hver stat kalt «Medicaid». Ordningen finansieres av delstatene og de føderale myndigheter med en halvpart hver. De delstatlige tobakkssøksmål og senere forlik gjelder i hovedsak denne «Medicaid»-ordningen samt helseutgifter som delstatene har for sine ansatte.<sup>519</sup>

I 1994 innledet Mississippi, som den første stat i USA, erstatningsrettslig søksmål mot tobakksindustrien. Tre år senere oppnådde Mississippi det første forliket mellom en delstat og tobakksselskapene. Tett etter kom Florida, deretter Texas og til slutt Minnesota. Deretter kom det store nasjonalforliket mellom tobakksindustrien og de resterende 46 delstatene som ble inngått høsten 1998. På dette tidspunkt hadde omkring 40 delstater reist erstatningsrettslig søksmål mot tobakksindustrien i USA, og fått søksmålene prosessuelt godkjent for rettsbehandling.

Staten Indiana kom dog i en særstilling da Marion County Superior Court sommeren 1998 kort avviste Indianas søksmålsadgang under henvisning til at det økonomiske tapet som staten gjorde gjeldende som følge av tobakksindustriens opptreden, var for fjernt og avledet til å kunne vinne frem.<sup>520</sup> Indianas Attorney General uttalte etter denne avgjørelsen at behovet for et nasjonalforlik nå var større enn noen gang, idet det ville være meningsløst om noen stater skulle vinne frem overfor industrien, mens Indiana ble holdt utenfor.<sup>521</sup>

Forhandlingene som ledet frem til de store nasjonalforlikene er omtalt i kapittel 10 nedenfor. Her skal vi se på de fire første og banebrytende forlikene i henholdsvis Mississippi, Florida, Texas og Minnesota. Av disse forlikene står Minnesota-saken i en særstilling og hovedvekten vil i det følgende bli lagt på den.

Minnesota-saken er det eneste delstatlige søksmål som har gått så langt som bortimot full rettsbehandling. Forlik ble inngått først etter at begge parter hadde presentert sin materielle sak for retten. Alle andre delstatssøksmål ble forlikt lenge før dette stadium i rettsbehandlingen. Dette gjør Minnesota-saken spesielt interessant fordi den synliggjør mer enn de andre sakene de rettslige grunnlag for søksmål og domstolens stilling til en del løpende spørsmål underveis.

Til dette kommer at under forberedelsen til hovedforhandling i Minnesota-saken var det en meget hard og langvarig kamp mellom partene om tobakksselskapenes plikt til å fremlegge interne dokumenter.<sup>522</sup> Denne dokumentstriden endte med frigjøring av mer enn 35 millioner sider fra tobakksselskapenes arkiver, dokumenter som senere er blitt offentlig tilgjengelige og som har hatt og i tiden fremover vil kunne få avgjørende betydning for tobakkssaker verden over.<sup>523</sup>

519.«Medicare»-ordningen for eldre, er et ansvar for de føderale myndigheter. Se nærmere om dette i punkt 9.6.6 nedenfor.

520.Washington Post 25. juli 1998.

521.New York Times 27. juli 1998.

522.Se nærmere straks nedenfor.

Minnesota-forliket er videre det pengemessig gunstigste forlik, relativt sett, som en stat har oppnådd med tobakksindustrien. Selv om Minnesota-saken ikke belyser alle de forskjellige rettsgrunnlag for ansvar som er blitt anført i de ulike delstatlige stevninger, så gir saken et rimelig godt og representativt bilde av delstatenes søksmålsgrunnlag mot tobakksindustrien i USA.

### 9.6.2 Mississippi-saken <sup>524</sup>

Mississippi-forliket ble inngått 2. juli 1997, før saken kom for retten. Forliket var basert på det forslaget til nasjonalforlik som ble endelig utarbeidet bare to uker før. <sup>525</sup> Forliket dreide seg utelukkende om refusjon av tobakksrelaterte helseutgifter samt diverse saksomkostninger. Beløpet ble beregnet ut fra Mississippis andel av forslaget til nasjonalforlik av 20. juni 1997.

I henhold til forliket skulle de amerikanske tobakksselskapene betale i alt 3,6 milliarder dollar, fordelt over 25 år, til Mississippi og deretter et årlig indeksregulert beløp på omkring 130 millioner dollar, jf avtalens punkt 2 og 3. I tillegg til dette kom omkring 12,5 millioner dollar for Mississippis advokatutgifter samt 2,5 millioner dollar for diverse andre utgifter i forbindelse med saksanlegget, jf avtalens punkt 2 og 3. Dette skulle til gjengjeld endelig avgjøre ethvert fortidig, nåværende og fremtidig tobakksrelatert erstatningskrav fra staten Mississippi. I avtalens punkt 7 ble det bestemt at dersom tobakksselskapene senere skulle inngå forlik med en annen delstat og dette forliket skulle bli gunstigere for vedkommende delstat, så skulle Mississippi-beløpet oppjusteres tilsvarende («most favored nation»-prinsipp).

### 9.6.3 Florida-saken <sup>526</sup>

Floridas rettssak mot tobakksselskapene kom for alvor i gang etter at Floridas høyesterett i juni 1996 stadfestet at staten Florida som sådan hadde adgang til å gå til sak mot tobakksselskapene for å få refundert tobakksrelaterte helseutgifter. På dette tidspunkt hadde 10 delstater i USA stevnet tobakksindustrien for retten, og flere andre stater hadde spørsmålet til vurdering.

Før selve rettssaken kunne ta til, måtte en del spørsmål avklares. Tobakksselskapene hadde blant annet anført at en forutsetning for at de kunne forsvare seg mot Floridas erstatningskrav var at man fikk identifisert alle de 860 000 individer som angivelig var blitt behandlet for tobakksskader på grunnlag av utbetalinger fra offentlige budsjetter. Floridas advokater motsatte seg dette, blant annet under henvisning til vedkommende pasienters personvern. Dessuten ville et krav om å godtgjøre sykehistorien til så mange individer i praksis umuliggjøre søksmålet.

I oktober 1996 ble tobakksselskapenes anførsel avvist av retten. Avgjørelsen innebar at retten ville godta statistiske bevis om hva som var å anse som røykerelaterte helseutgifter for Florida, og at eventuelle ansvarsforhold tobakksselskapene i mellom kunne fordeles etter markedsandeler.

523. Vedlegg 9 til utredningen gir en redegjørelse for en del dokumenter om Norge som vi har funnet blant dette frigjorte materialet fra de amerikanske tobakksselskapenes arkiver.

524. tillegg til utallige avisartikler, er saken omtalt blant annet i Goldman 1998 s 37-38, Mollenkamp et al 1998 kapittel 1 og s 241, Pringle 1998 kapittel 11 og Orey 1999 kapittel 20-32.

525. Om dette forslaget til nasjonalforlik, se punkt 10.3 nedenfor.

526. I tillegg til utallige avisartikler, er saken omtalt blant annet i Goldman 1998 s 37-38 og Mollenkamp et al 1998 s 53 og s 241-242.

I desember 1996 oppnådde Florida nok en seier i sakens forberedende fase, idet domstolen i Palm Beach godtok at Florida kunne basere sitt erstatningskrav blant annet på *the Federal Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Acts* («RICO»), det vil si lovgivningen om organisert kriminalitet. Denne lovgivningen ga blant annet større spillerom i bevisføring samt adgang til å tredoble erstatningskravet. Anførselen fra Floridas side om å bringe inn RICO-lovgivningen var basert på at tobakksselskapene gjennom 40 år hadde gått sammen om å hemmeligholde for amerikanske myndigheter og det amerikanske folk essensiell helse- og produktinformasjon. På dette tidspunkt hadde 19 delstater gått til sak mot tobakksindustrien.

I tillegg til RICO-lovgivningen bygget Floridas søksmål på at industrien ved sin opptreden – blant annet markedsføring spesielt rettet mot ungdom – hadde forbrutt seg mot en rekke føderale og delstatlige lover, blant annet om forbrukervern og god forretningsskikk.

Ved start av juryutvelgelse i august 1997 innledet Florida den første delstatlige rettssaken mot tobakksindustrien i USA. Etter at Florida fikk rettens medhold i et krav om å få innsyn i en serie interne forskningsdokumenter, gikk tobakksselskapene med på å forlike saken den 25. august 1997. Partene hadde på dette tidspunktet holdt på i tre uker med juryutvelgelse. Forliket gikk i alt ut på 11,3 milliarder dollar til Florida i løpet av de neste 25 årene.

Ved forliket ble det satt endelig sluttstrek for alle fortidige, pågående og fremtidige tobakksrelaterte tvister og krav fra Floridas side.<sup>527</sup> I likhet med Mississippi-forliket, ble Florida-forliket i stor grad basert på forslaget til nasjonalforlik som ble utarbeidet samme sommer (se punkt 10.3 nedenfor). Men til forskjell fra Mississippi fikk Florida inntatt direkte i sitt forlik en rekke bestemmelser om regulering av tobakksindustrien, dog under den forutsetning av at forslaget til nasjonalforlik av 20. juni ville gå gjennom Kongressen, noe det senere skulle vise seg at det ikke gjorde, jf punkt 10.4 til 10.6 nedenfor.

Som erstatning til staten Florida ble det i forliket for det første bestemt at tobakksselskapene til sammen skulle utrede som generell betaling 550 millioner dollar («the Escrow Account»)<sup>528</sup> Dette utgjorde Floridas umiddelbare andel av den pengesum som var inntatt i forslaget til nasjonalforlik av 20. juni 1997. For det andre skulle tobakksselskapene betale 200 millioner dollar til en øremerket offentlig opplysningskampanje rettet mot ungdom («The Pilot Program»)<sup>529</sup> For det tredje skulle Florida motta som sin årlige, indeksregulerte andel av den omforente pengesum fra forslaget til nasjonalforlik av 20. juni 1997, over 300 millioner dollar.<sup>530</sup> For det fjerde påtok tobakksselskapene seg å dekke Floridas advokatutgifter i forbindelse med saken.<sup>531</sup> Som i Mississippi-forliket ble det også i Florida-forliket inntatt en «most favored nation»-klausul for det tilfelle at tobakksselskapene senere skulle inngå avtale med en annen delstat som ville være gunstigere for det offentlige.<sup>532</sup>

527.Fortalens første avsnitt og romertall II, punkt C nr. 1 og 2.

528.Forlikets punkt A s. 34, jf romertall II, punkt B nr. 1.

529.Forlikets romertall II, punkt B nr. 2.

530.Forlikets romertall II punkt B nr. 3.

531.Forlikets romertall V.

532.Forlikets romertall IV.

Av ikke-pekuniære vilkår kan nevnes pålegg til tobakksselskapene om å fjerne alle plakater, billboards m.v. som reklamerer for tobakksprodukter.<sup>533</sup> Videre godtok industrien å støtte gjennomføringen av en rekke nye lover til regulering av tobakksbransjen, særlig regler som har som formål å begrense mindreåriges tilgang til tobakksprodukter.<sup>534</sup> Til dette kom pålegg til tobakksselskapene om å frigjøre flere interne forskningsdokumenter.<sup>535</sup>

#### 9.6.4 Texas-saken

Texas innledet sitt søksmål mot tobakksindustrien ved stevning høsten 1996. Texas var på dette tidspunktet den syvende staten som gikk til retts sak mot tobakksselskapene. Texas' søksmål skilte seg ut ved at det også inkluderte sentrale bransjeorganer som the Council for Tobacco Research (CTR) og the Tobacco Institute (TI). Ellers var søksmålet lagt opp på stort sett samme måte som Florida med hensyn til rettsgrunnlag og krav.

Under saksforberedelsen gjorde talsmenn for tobakksselskapene det klart at det ikke kom på tale med noe forlik slik som i Mississippi- og Florida-sakene. Det berammede tidspunkt for rettsbehandling høsten 1997, et tidspunkt som stadig ble utsatt, var imidlertid ubeleilig for tobakksselskapene. Dette skyldtes at Texas' advokater hadde stevnet alle nåværende og tidligere toppledere i de store tobakksselskapene til å forklare seg for retten om de mange interne forskningsdokumentene som var kommet frem. Den 20. juni 1997 hadde tobakksselskapene og representanter fra de øvrige delstatene endelig kommet frem til et forslag til nasjonalforlik (se nærmere i punkt 10.2 og 10.3 nedenfor), og det ville da under debatten om dette forliket utover høsten 1997 og våren 1998 være svært uheldig for tobakksselskapene at deres direktører ble satt under press i Texas' domstoler for grove anklager, kanskje så stort press at de ville bli tvunget til å avstå fra å forklare seg under henvisning til selvinkrimineringsvernet («the Fifth Amendment»).<sup>536</sup> Høsten 1997 hadde over 40 delstater gått til erstatnings søksmål mot industrien, og industriens behov for å få en slutt på disse søksmålene en gang for alle var påtrengende.

Den 16. januar 1998 gikk tobakksindustrien med på å avslutte saken med Texas i det som på dette tidspunkt ble det største rettsforlik i amerikansk historie. Texas ble med dette den tredje staten til å oppnå forlik med tobakksbransjen. Forliket fulgte samme mønster som Florida-forliket både med hensyn til pekuniære vilkår og regulatoriske bestemmelser. Etter forliket fikk Texas i alt 15,3 milliarder dollar over de neste 25 år og deretter et årlig indeksregulert beløp basert på forslaget til nasjonalforlik.<sup>537</sup>

Texas-forliket skilte seg ut på ett spesielt punkt i forhold til de andre tobakksforlikene; nemlig størrelsen og dekningen av statens advokatutgifter. I USA er det ikke uvanlig i erstatningssaker at advokater påtar seg oppdraget på den betingelse at de kun skal motta honorar dersom saken vinnes, men da til gjengjeld får en andel av erstatningen, gjerne en tredjedel. I Mississippi- og Florida-sakene hadde partene på grunn av forliksbeløpets størrelse likevel blitt enige om at advokathonoraret skulle fastsettes ut fra rimelighet av en

533.Forlikets romertall II, punkt A nr. 1.

534.Forlikets romertall II, punkt A nr. 2.

535.Forlikets romertall II, punkt A nr. 2.

536.Dallas Morning News 4. januar 1998.

537.Los Angeles Times 16. januar 1998 og Washington Post 16. januar 1998,

egen voldgiftsrett. I Texas-saken krevde imidlertid Texas' Attorney General at tobakksselskapene i tillegg til erstatningen på 15 milliarder dollar til staten Texas skulle betale 15 %, eller 2,25 milliarder dollar til de fem advokatene som hadde representert Texas. Aldri før i USAs historie hadde man sett advokathonorarer av denne størrelsesorden. Tobakksselskapene ønsket at advokathonorarene skulle fastsettes ved voldgift, slik som i Mississippi- og Florida-sakene. Dette punktet om advokatutgifter skulle vise seg å bli et problem for Texas-forliket, og skulle også senere bli et omdiskutert tema i forbindelse med det store tobakksforliket som ble inngått høsten 1998. For ikke å vanskeliggjøre den rettslige godkjenning av forliket ble partene omsider enige om at de hver umiddelbart skulle betale Texas' advokater 50 millioner dollar, og at det resterende honoraret skulle fastsettes ved voldgift.

#### 9.6.5 Minnesota-saken<sup>538</sup>

##### *Kort oversikt over sakens gang*

Minnesota innledet sitt erstatningssøksmål mot tobakksindustrien ved stevning av 17. august 1994. Selve rettssaken tok til i januar 1998 i St. Paul. Minnesota var den første stat som bygget sitt søksmål på brudd på konkurranse- og forbrukerlovgivning. Minnesota var også den første stat til å anlegge søksmål i forening med en privat saksøker; forsikringsselskapet Blue Cross Blue Shield of Minnesota.

I mai 1995 aksepterte retten at Minnesotas søksmål kunne bygges (blant annet) på konkurranselovgivningen.

I mars 1997 inngikk tobakksselskapet Liggett forlik med en rekke delstater, herunder med Minnesotas Attorney General Hubert Humphrey. Ett av vilkårene i dette forliket var at Liggetts administrerende direktør stilte som vitne for Minnesota i dens rettssak mot tobakksindustrien.<sup>539</sup>

I mai 1998, etter 15 uker i retten, avsluttet partene sin bevisførsel og argumentasjon. Under rettsforhandlingene var flere tusen dokumenter blitt fremlagt og 40 vitner avhørt. Umiddelbart før juryen skulle trekke seg tilbake for å avgjøre saken – det eneste som gjensto var Minnesota-advokatenes oppsummerende sluttinnlegg – ble forlik inngått mellom partene og godkjent av retten.

##### *Særlig om dokumentstriden*

Før Minnesota-saken tok til i 1994 var det et nokså begrenset antall dokumenter som var blitt fremtvunget fra tobakksselskapenes arkiver. For eksempel hadde Philip Morris frigitt omkring 140 000 sider, Brown & Williamson bare 1 350 sider, mens BAT ikke hadde frigitt noen dokumenter overhodet.<sup>540</sup> I løpet av Minnesota-saken skulle tobakksselskapene komme til å måtte frigi mer enn 35 millioner sider. Dokumentene ble senere gjort offentlig tilgjengelige i to arkiver, ett i Minneapolis, Minnesota (dokumenter fra de amerikanske tobakksselskapene) og ett i Guildford, Storbritania (dokumenter fra BAT).<sup>541</sup>

538.I tillegg til utallige avisartikler, er saken omtalt blant annet i Pringle 1998 kapittel 10, Rybak and Phelps 1998 og Ciresi/Walburn/Sutton 1999.

539.Se nærmere om Liggett-forliket og dets betydning for hele den amerikanske tobakksindustri i punkt 10.1 nedenfor.

540.Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 489.

Dokumentstriden i Minnesota forteller en historie om intens kamp mellom advokater, utallige prosesskriv, møter og rettsavgjørelser. Kravet om innsyn i tobakksselskapenes arkiver ble sterkt imøtegått av tobakksselskapene på ethvert plan. I sakens tidlige fase stilte tobakksselskapene seg uforstående til begreper som «røyking og helse» («smoking and health»), «avhengighetsskapende» («addictive») og «nikotindoser» («dose levels of nicotine»).

<sup>542</sup>

Tobakksselskapene hevdet videre, på grunnlag av sin internasjonale utbredelse og selskapsstruktur, at de ikke var forpliktet til å fremlegge dokumenter fra utenlandske filialer og selskaper som ikke var trukket inn i saken. <sup>543</sup> Under Minnesota-advokatenes senere gjennomgang av materialet, ble det avdekket at tobakksselskapene hadde søkt å skjule sine dokumenter ved å sende dem til forbindelser i utlandet. For eksempel fremgikk det av et håndskrevet følgeskriv fra Philip Morris at mye materiale ble sendt til Tyskland med ordre om at det snarest måtte destrueres. <sup>544</sup>

Et hovedspørsmål under dokumentstriden var om tobakksselskapene kunne motsette seg innsyn og fremleggelse under henvisning til at dokumentene var omfattet av advokatenes taushetsplikt. <sup>545</sup> Minnesota-advokatene lyktes å avsløre hvordan tobakksselskapene misbrukte klientkonfidensialitetsprivilegiet. <sup>546</sup> Etter tyve rettsavgjørelser og mer enn fem kjæremål brøt dette forsvaret fra tobakksselskapenes side sammen, og selskapene ble pålagt å fremlegge en enorm mengde med dokumenter og materiale fra sine interne arkiver.

I juni 1995 opprettet retten et eget arkiv i Minneapolis, Minnesota for tobakksdokumenter som måtte bli frigjort under saken. I mai 1997 fant retten i Minnesota at tobakksselskapene ikke kunne påberope prinsippet om klientkonfidensialitet for sine forskningsdokumenter, idet retten viste til at reglene om konfidensialitet ikke kunne brukes til å skjule kriminell eller bedragerisk opptreden. I desember 1997 påla retten Liggett å fremlegge 800 av sine interne dokumenter. Nokså umiddelbart la Kongressens handelskomité dokumentene ut på World Wide Web.

Rettens avgjørelser om tobakksselskapenes fremleggelsesplikt ble gjennomgående påkjært av tobakksselskapene. To av avgjørelsene gikk endog så langt som USAs føderale høyesterett. I begge tilfelle tapte tobakksselskapene. I det første tilfelle, i mai 1996, avviste Høyesterett å overprøve en avgjørelse som påla tobakksselskapene å fremlegge indeksoversikter over sine dokumentarkiver. I det andre tilfelle avviste Høyesterett i april 1998 å overprøve en avgjørelse fra første instans måneden før som påla tobakksselskapene plikt til å fremlegge 39 000 interne dokumenter.

<sup>541</sup>. Vedlegg 9 og 10 til utredningen redegjør for noe av dette materialet, relatert til Norge.

<sup>542</sup>. Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 489-490.

<sup>543</sup>. Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 494-499.

<sup>544</sup>. Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 495 og Pringle 1998 s 209-210.

<sup>545</sup>. Ciresi/Walburn/Sutton 1999 s 499-557.

<sup>546</sup>. Se nærmere om dette i punkt 7.2 ovenfor.

*Ansvarsgrunnlag*

De faktiske grunnlagene for søksmål var ifølge stevningen (1) tobakksselskapenes hemmeligholdelse av vesentlig produkt- og helseinformasjon, (2) bedrag av forbrukere og myndigheter gjennom flere tiår samt (3) markedsføring av tobakksprodukter spesielt mot ungdom.

De anførte rettslige grunnlagene for erstatningsrettslig ansvar (ansvarsgrunnlag) var flere:

For det første ble det fra Minnesotas side pekt på den særskilte plikt til åpenhet og samarbeid med myndigheter og legevitenskapen («undertaking of special duty») som alle de store tobakksselskapene hadde påtatt seg ved kunngjøringen av «the Frank Statement» i landets aviser i 1954 (se punkt 6.5.2 ovenfor).

For det andre ble det gjort gjeldende flere ansvarsbetingende brudd på Minnesotas konkurranselovgivning («Minnesota Antitrust Law»). Fra Minnesotas side ble det anført at ved å hemmeligholde viktig informasjon om sine produkter siden 1950-årene, hadde tobakksselskapene utilbørlig påvirket og kontrollert sigarettmarkedet. Ifølge Minnesotas advokater var dette et brudd på Minnesota Statutes 325.D.51, hvor det heter:

«A contract, combination, or conspiracy between two or more persons in unreasonable restraint of trade or commerce is unlawful»

Videre ble det i denne sammenheng gjort gjeldende at tobakksindustrien ved sin tilbakeholdenhed av viktig informasjon hadde hindret utviklingen av alternative og helsemessig bedre tobakksprodukter. Dermed hadde industrien faktisk skapt og opprettholdt en status quo- og monopolsituasjon for sine egne og den eksisterende form for tobakksprodukter. Ifølge Minnesotas advokater var dette et brudd på Minnesota Statutes 325.D2, hvor det heter:

«The establishment, maintenance, or use of, or any attempt to establish, maintain, or use monopoly power over any part of trade or commerce by any person or persons for the purpose of affecting the competition or controlling, fixing or maintaining prices is unlawful.»

For det tredje ble det anført at tobakksselskapene ved sin tilbakeholdelse av essensiell helse- og produktinformasjon hadde forbrutt seg mot en rekke næringslivslover. Det ble fra Minnesotas side blant annet vist til at tobakksselskapene hadde ført forbrukerne bak lyset («Consumer Fraud»), og således var ansvarlig for brudd på Minnesota Statutes 235F.69, subdivision 1:

«The act, use or employment by any person of any fraud, false pretense, false promise, misrepresentation, misleading statement or deceptive practice, with the intent that others rely thereon in connection with the sale of any merchandise, whether or not any person has in fact been misled, deceived or damaged thereby, [is an unlawful practice].»

I nær sammenheng med anførselen om forbrukerbedrag ble det videre gjort gjeldende at tobakksselskapene også hadde forbrutt seg mot næringsdrivendes plikt til å gi korrekte opplysninger om fremstillingen av sine produkter, deres innhold og virkning, jf Minnesota Statutes 325D.13 («Unlawful Trade Practices»):

«No person shall, in connection with the sale of merchandise, knowingly misrepresent, directly or indirectly, the true quality, ingredients or origin of such merchandise».

I forlengelsen av dette ble det også pekt på at tobakksselskapene ikke bare hadde tilbakeholdt viktig informasjon, men tvert imot gitt markedet inntrykk av at tobakksprodukter ikke er så helseskadelige og således underminert forbrukeropplysningen i strid med Minnesota Statutes 325D.44, subdivision 1 («Deceptive Trade Practices»)

«A person engages in a deceptive trade practice when, in the course of business, vocation or occupation, the person:

(5) Represents that goods or services have...characteristics, ingredients, uses, benefits...that they do not have...

(7) Represents that goods or services are of a particular standard, quality, or grade,...if they are of another.

(13) Engages in any other conduct which similarly creates a likelihood of confusion or of misunderstanding.»

Videre ble det som et punkt under brudd på næringslivsregler fremholdt at tobakksselskapenes markedsføring av sine produkter var villedende og således innebar brudd på Minnesota Statutes 325F.67 («False Advertising»):

«Any person, firm, corporation, or association who, with intent to sell or in anywise dispose of merchandise...directly or indirectly, to the public, for sale or distribution, or with intent to increase the consumption thereof, ...makes, publishes, disseminates, circulates, or places before the public, or causes, directly or indirectly, to be made, published, disseminated, circulated, or placed before the public, in this state, in a newspaper or other publication, or in the form of a book, notice, handbill, poster, bill, label, price tag, circular, pamphlet, program, or letter, or over any radio or television station, or in any other way, an advertisement of any sort regarding merchandise...or anything so offered to the public for use, contains any material assertion, representation or statement of fact, which is untrue, deceptive, or misleading, shall whether or not pecuniary or other specific damage to any person occurs as a direct result thereof...be guilty [of an unlawful practice].»

For det fjerde ble det fra Minnesotas side vist til at den ulovfestede lære om ugrunnet berikelse tilsa at de offentlige myndigheter, som i stor grad ble sittende med regningen for tobakksselskapenes salgsprofitt, måtte være berettiget til erstatning for sine tobakksrelaterte helseutgifter («Unjust Enrichment»).

### *Årsakssammenheng*

Når det gjaldt spørsmålet om årsakssammenheng mellom de påberopte ansvarsgrunnlagene og det økonomisk tapet for staten Minnesota, ble det fra Minnesotas side argumentert for at alle de nevnte ansvarsbetingende forhold hadde å gjøre med sigarettmarkedet og sigarettkonsumet. Ifølge Minnesotas advokater hadde dette direkte innvirkning på omfanget av Minnesotas utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer.

Fra tobakksselskapenes side ble det innvendt at en slik årsakssammenheng ikke kunne etableres. Tobakksselskapene viste blant annet til at man



umulig kunne legge til grunn at de forhold som industrien var beskyldt for, var årsaken til røyking som sådan. Fra Minnesotas side ble det til dette anført at det rettslig sett var tilstrekkelig å vise at tobakksindustriens ulovlige og utilbørlige opptreden var en vesentlig, om ikke den eneste, årsak til at Minnesota var påført betydelige tobakksrelaterte helseutgifter.

### *Økonomisk tap*

Blant de forsvarsargumentene som tobakksselskapene sterkest gjorde gjeldende i forbindelse med utmålingsspørsmålet, var at det ikke forelå noe økonomisk tap for Minnesota, idet staten både hadde *inntekter* på tobakkssalget gjennom tobakksavgiften og *sparte* penger på at tobakksbrukere i det store og hele levde kortere enn ikke-røykere. Videre anførte tobakksselskapene at et eventuelt tap for staten uansett ikke var adekvat. Ettersom saken ble forlikt før erstatningskravene ble tatt opp til doms, tok domstolen ikke stilling til adekvansspørsmålet. Spørsmålet om fordelsfradrag på grunn av skatt og tobakksbrukeres premature død, ble derimot avgjort tidlig i sakens forberedende fase.

Domstolen kom til at skattebetalingsargumentet i utgangspunktet måtte tillates, blant annet fordi det hadde tilknytning til et foreldelsesspørsmål i saken. Motivene for tobakksavgiften kunne nemlig belyse hva Minnesotas myndigheter opp gjennom årene hadde kjent til om tobakksprodukters skadevirkninger, og det var et spørsmål som sto sentralt i forbindelse med foreldelsesproblematikken.

Når det derimot gjaldt tobakksselskapenes anførsel om at det måtte gjøres fradrag for besparelser som følge av at tobakksbrukere dør tidligere enn andre mennesker, var domstolen meget klar i sin avskjæring. Domstolen fant at en slik forsvarslinje fra industriens side mot et eventuelt erstatningsansvar ikke bare var saken uvedkommende, men også prinsipielt sett fullstendig uakseptabel og uhørt:

«...the Court finds it abhorrent and horrendously contrary to public policy that a party, in whatever guise, claim that the killing of individuals should be used as a defense or as a factor in mitigating damages.»  
547

Domstolen avskar altså fullstendig denne type argumentasjon.

### *Forliket*

Etter forliket skulle tobakksindustrien betale til Minnesota årlige indeksregulerte beløp som i løpet av de neste 25 årene i alt ville tilsvare omkring 6,1 milliarder dollar.<sup>548</sup> I forhold til Minnesotas folketall på drøyt fire millioner var dette det største tobakksforliksbeløp som noen gang var oppnådd av en del-

547. Avgjørelse av District Court, Second Judicial District, Court File No. C1-94-8565 (Honorable Kenneth J. Fitzpatrick), January 24, 1998. I denne fasen av saken var det også spørsmål om tobakksselskapene skulle tillates å forsvare seg med at betaling av tobakksavgifter utelukket erstatningsansvar. Domstolen kom til at dette skattebetalingsargumentet i utgangspunktet måtte tillates, blant annet fordi det hadde tilknytning til et foreldelsesspørsmål i saken (motivene for tobakksavgiften kunne belyse hva Minnesotas myndigheter opp gjennom årene hadde kjent til om tobakksprodukters skadevirkninger).

548. Forlikets punkt II, «Settlement Payments».

stat. Dette innebar igjen at de tidligere forliksbeløp i Mississippi, Florida og Texas ble oppjustert i henhold til prinsippet om «most favored nation» (se omtalen ovenfor av disse tre forlikene). Minnesota-forliket var også bedre for Minnesota enn det staten ville ha mottatt dersom forslaget til nasjonalforlik av 20. juni 1997 hadde gått gjennom Kongressen.<sup>549</sup> Forliket skulle også vise seg å være langt gunstigere for Minnesota enn det delstaten ville ha mottatt som sin andel av det store nasjonalforliket som ble inngått senere samme år.<sup>550</sup>

Ved forliket skulle ethvert nåværende eller fremtidig krav fra Minnesotas side mot tobakksindustrien, knyttet til skadevirkningene av tobakk, være oppgjort for alltid.<sup>551</sup> Tobakksselskapene forpliktet seg på sin side til ikke å bestride noen del av de krav som Minnesota hadde fremmet i forbindelse med sitt søksmål og som nå var oppgjort ved forliket. Videre garanterte tobakksselskapene at de ikke ville motarbeide forslag og vedtak om lovregulering av tobakksbransjen og tobakksmarkedet, særlig reguleringer som tar sikte på å begrense barn og ungdoms tilgang til tobakksprodukter.<sup>552</sup> Til dette kom ulike avtalefestede begrensninger på tobakksselskapenes adgang til å markedsføre sine produkter. Blant annet ble det bestemt at enhver markedsføring av tobakksprodukter rettet mot barn og ungdom var forbudt, og alle reklameplakater for tobakksprodukter som befant seg nærmere enn 300 meter fra lekeplasser og skoler skulle fjernes. Videre forpliktet tobakksindustrien seg til ikke å fremme tobakksprodukter gjennom kinofilmer eller logoer, slagord, symboler og lignende.

#### 9.6.6 Søksmål fra USAs føderale regjering

I kjølvannet av det store nasjonalforliket mellom tobakksindustrien og alle delstatene høsten 1998 var det en viss diskusjon om den føderale regjering i USA burde få del i den enorme pengesum som var forhandlet frem. Som nevnt i punkt 9.6.1 ovenfor gjelder tobakksforlikene i hovedsak de offentlige utgiftene på «Medicaid»-ordningen, og ettersom denne helseordningen finansieres dels av delstatene selv og dels av føderale budsjetter, er det enkelte som mener at de føderale myndighetene har krav på sin andel. Delstatenes representanter, the Attorneys General, gjorde det imidlertid tidlig klart at noen slik deling ikke kom på tale. Deres oppfatning var at forliket var oppnådd ved deres innsats alene og at oppgjøret var de føderale myndigheter uvedkommende.

På nyåret 1999 varslet USAs føderale regjering ved president Clinton og justisminister Janet Reno på sin side at det kunne komme på tale med et eget erstatningssøksmål mot tobakksindustrien. Riktignok ville et slikt søksmål ikke gjelde «Medicaid»-ordningen, idet de føderale myndigheter ved lov er avskåret fra å kreve regress for «Medicaid»-utgifter. De føderale budsjettene belastes imidlertid med andre ikke helt ubetydelige helsetgifter, foruten til egne ansatte særlig det offentlige trygde- og helsesystemet. Dette består av «Social security» (for eksempel uførepensjon) og «Medicare» og gjelder alle mennesker over 65 år samt militært personell, krigsveteraner og amerikanske indianere.

549.Se punkt 10.3 nedenfor om dette forslaget til nasjonalforlik.

550.Se punkt 10.9 nedenfor om dette endelige nasjonalforliket.

551.Forlikets punkt I, «Dismissal of Claims and Releases».

552.Forlikets punkt I, «Dismissal of Claims and Releases» og punkt II, «Defendant's Assurances».

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av 14 advokater for å utrede og forberede et mulig erstatningssøksmål fra den amerikanske regjering.<sup>553</sup> Tidligere hadde Justisdepartementet i flere år også forestått en strafferettslig etterforskning av tobakksindustrien. Denne etterforskningen ble imidlertid henlagt idet man innen departementet fant det usikkert om det lot seg gjøre å overbevise en domstol om at tobakkselskapene forsettlig hadde villedet myndigheter og forbrukere.<sup>554</sup>

Den 22. september 1999 tok den amerikanske regjeringen ut stevning mot alle de store tobakkselskapene: Philip Morris, RJR, Brown & Williamson, Lorillard, Liggett, American Tobacco og BAT, samt mot bransjeorganene The Council for Tobacco Research og The Tobacco Institute.<sup>555</sup> I søksmålet krever den amerikanske regjering erstatning blant annet for helseutgifter som tobakksbruk har påført amerikanske skattebetalere i løpet av de siste fire tiår, utgifter som hevdes å beløpe seg til inntil 20 milliarder dollar i året.

I likhet med de delstatlige søksmål bygger kravet på at tobakkselskapene i alle år har holdt tilbake for myndighetene essensiell helse- og produktinformasjon, og at tobakksindustrien med dette har forbrutt seg mot flere lover. Til forskjell fra delstatene, legger imidlertid den amerikanske regjering større vekt på lovgivningen om organisert kriminalitet, RICO-lovene (the Federal Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Acts).<sup>556</sup> Krav som bygger på brudd på RICO-lovene er ikke gjenstand for foreldelse.

Søksmålet er det første hvor den amerikanske regjering går mot en hel industri på grunnlag av RICO-lovgivningen. Både innenfor og utenfor Kongressen er det omstridt om den amerikanske regjering burde gjennomføre et slikt søksmål, men den sittende regjeringen synes fast bestemt på å få prøvet saken.<sup>557</sup>

## 9.7 Oppsummering

---

Erstatningssøksmål mot tobakksindustrien i USA har vært forsøkt siden begynnelsen av 1950-årene, men det er først i 1990-årene at disse søksmålene har begynt å vinne frem. Søksmålsbølgen mot tobakksindustrien fra midten av 1990-årene har – grovt sett – sin bakgrunn dels i erkjennelsen om at helsefarene som er forbundet med tobakksbruk, og særlig nikotinavhengigheten, lenge har vært undervurdert. Og dels skyldes det avsløringen av at tobakkselskapene lenge har rendyrket og forsterket nikotinvirkningen i sine produkter.

---

553. USA Today 16. august 1999 og Dallas Morning News 14. september 1999. Se også Clifford Douglas' betenkning over det faktiske og forskjellige mulige rettslige grunnlag for et slikt føderalt søksmål (Douglas 1999).

554. New York Times 26. September 1999.

555. United States of America, Department of Justice. Complaint for Damages and Injunctive and Declaratory Relief + Appendix, United States District Court for the District of Columbia. New York Times 22. september 1999, USA Today 22. september 1999 og Washington Post 22. september 1999.

556. Av delstatene var det særlig Florida og Texas som i sine søksmål trakk inn RICO-lovgivningen. Se ovenfor.

557. Se for eksempel New York Times 23. september 1999, Washington Post 23. september 1999 og Legal Times 27. september 1999.

Utover 1990-årene har disse søksmålene fått et meget stort omfang. En rekke enkeltindivider – det vil si røykere, passive røykere og etterlatte etter disse – krever erstatning for de helseskader som tobakksbruken har medført, og forsikringsselskaper og offentlige myndigheter krever erstatning for de utgifter de er påført i forbindelse med betaling for sykehusbehandling av tobakksskadde mennesker. Delstatene i USA har inngått forlik med tobakksindustrien som til sammen utgjør ca 250 millioner dollar.

## Kapittel 10

# Nasjonalforlik og lovgivningsdebatt

### 10.1 Tobakksindustriens ønske om et nasjonalforlik

---

Presset mot den amerikanske tobakksindustri er blitt formidabelt utover 1990-årene. Den medisinske dokumentasjonen av tobakkens alvorlige helseskadelige virkninger er i dag overveldende. Denne er blitt ytterligere supplert ved offentliggjøringen av industriens eget materiale på forskning og produktutvikling. Fra flere toneangivende interesseorganisasjoner, helse- og forbrukermyndigheter, særlig FDA, samt fra politiske enkeltpersoner, for eksempel president Clinton, er det blitt fremmet stadig sterkere krav om streng offentlig regulering av industrien. Frigjøringen av tobakksindustriens interne dokumenter har gitt grunnlaget for et skred av private søksmål som vil kunne vedvare i lang tid fremover. Til dette kom det fra 1994 store erstatningssøksmål mot industrien fra delstater som gjorde krav på å få refundert sine utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer. Til sammen har denne prosessen rystet en økonomisk bunnsolid bransje. Den usikkerhet som er skapt i tobakksbransjen, særlig gjennom de mange søksmålene som er reist mot tobakksselskapene, har stor innvirkning på aksjekursene. Videre medfører saksanleggene store advokatkostnader for tobakksselskapene.<sup>558</sup>

Sommeren 1996 innså tobakksselskapene at drastiske mottiltak måtte til dersom industrien skulle sikre sin fremtid i USA. Spesielt var det problematisk for industrien at ett av tobakksselskapene, Liggett, fra begynnelsen av 1996 og fremover ga etter for søksmålspresset og inngikk forlik på egen hånd med delstatene.<sup>559</sup> Som en del av disse forlikene vedgikk Liggett i mars 1997 at nikotin var avhengighetsskapende, at tobakk forårsaket kreft og at industrien søkte å markedsføre sine sigaretter mot ungdom.<sup>560</sup> Liggett gikk endog med på å merke sine sigarettpakninger med at røyking er avhengighetsskapende. Liggetts innrømmelser sendte sjokkbølger gjennom tobakksselskapenes korridorer. Ikke bare slo innrømmelsene bena under tobakksindustriens tradisjonelle forsvar, men Liggetts egenrådige opptreden skapte en uopprettelig sprekk i tobakksselskapenes hittil felles front i helsedebatten.

I desember 1996 gikk konsernsjefen i RJR, *Steven Goldstone*, ut med et ønske og tilbud om å få en ende på de mange tobakkssøksmålene gjennom et slags samlet økonomisk oppgjør. Forutsetningen for et slikt forlik måtte ifølge Goldstone være at Kongressen ved lov stanset søksmålskjøret mot tobakksindustrien.<sup>561</sup> Med dette begynte arbeidet mot et nasjonalforlik.

---

558. Heyes 1999 s 124 forteller at advokatutgiftene for de seks store selskapene (Philip Morris, RJR, B&W, Lorillard, American Tobacco og Liggett) utgjorde hele 600 millioner dollar per år i 1997 og 1998. Se også Sullum 1998a s 187.

559. Hiltz 1996 s 203, Mollenkamp et al 1998 s 57-60, Pringle 1998 kapittel 12, Rybak and Phelps 1998 s 148-155 og Sullum 1998a s 181-182.

560. Mollenkamp et al 1998 s 119-120, Pringle 1998 s 229, Rybak and Phelps 1998 s 148 og Heyes 1999 s 9-11.

## 10.2 Veien frem til det første forlikforslaget

---

De første forsøk på å komme frem til en avtale mellom tobakksselskapene og delstatene tok til i siste halvdel av 1996, men uten resultat.<sup>562</sup> Forhandlingene ble gjenopptatt i månedsskiftet mars-april 1997 i Dallas, New York, Washington og Chicago med representanter fra de aller fleste delstater.<sup>563</sup> Ved siden av hovedspørsmålene om pengeerstatning og søksmålsbeskyttelse, var noe av det mest problematiske ved forhandlingene delstatenes krav om å få utlevert fra tobakksselskapene interne dokumenter om forskning og produktutvikling.<sup>564</sup> Dette skulle vise seg å bli et vanskelig tema også i tiden fremover.<sup>565</sup>

Et annet stridsspørsmål under de tidlige forhandlingene var spørsmålet om «amnesti» for *Jeffrey Wigand*.<sup>566</sup> Wigand hadde tidligere vært en ledende ansatt i Brown & Williamson, og var den enkeltperson som mer enn noen annen hadde sørget for at tobakksselskapenes hemmeligheter, særlig omkring nikotinmanipuleringen, var begynt å bli avslørt fra midten av 1990-årene.<sup>567</sup>

Senere har flere andre ledende personer innen tobakksselskapenes forskningsavdelinger stått frem og fortalt om tobakksselskapenes forskning og produktutvikling, for eksempel tre fremstående forskere fra Philip Morris; Dr. William A Farone (ansatt 1976–1984), Jerome Rivers (ansatt 1972–1995) og Dr. Ian L. Uydess (ansatt 1977–1981 og 1982–1989).<sup>568</sup> Ellers må særlig nevnes Merrell Williams, som sto bak den store forsendelsen av forskningsdokumenter fra Brown & Williamson til blant annet Kongressen og professor Stanton A. Glantz ved Universitetet i San Francisco, California.<sup>569</sup>

Wigand var blitt møtt med voldsomme reaksjoner fra sin arbeidsgiver, blant annet avskjedigelse og søksmål.<sup>570</sup> Delstatenes representanter krevde at Wigand fikk fred, noe tobakksselskapene omsider gikk med på.

Det store gjennombruddet kom i slutten av juni 1997 i Washington, hvor hele 40 delstater var representert ved sin regjeringsadvokat («Attorney General»). Tobakksselskapene, som så sterkt ønsket en ende på søksmålspresset, ble tvunget til å gå med på den ene ting etter den andre. Etter intense forhandlinger kom det 20. juni 1997 til avtale mellom 40 delstater på den ene siden og på den andre siden Philip Morris, RJR, BAT Industries, Brown & Williamson og Loews' Lorillard; «*Memorandum of Understanding and Attached Reso-*

561.AFP-Extel News 5. desember 1996, Dallas Morning News 6. desember 1996 og Montreal Gazette 6. desember 1996.

562.Mollenkamp et al 1998 s 67-72.

563.Newsweek 30. juni 1997, Time 30. juni 1997 og Mollenkamp et al 1998 kapittel 7.

564.Time 30. juni 1997.

565.Se for eksempel New York Times 21. juli 1997.

566.Newsweek 30. juni 1997 og Time 30. juni 1997.

567.Jeffrey Wigands historie er tema for den nylig lanserte kinofilmen «The Insider».

568.Hilts 1996 s 204-209.

569.Glantz et al 1996 (forordet s xvii-xviii), Hilts 1996 kapittel 9, Mollenkamp et al 1998 kapittel 2, Pringle 1998 kapittel 3, Heyes 1999 s 117-118 og Orey 1999 kapittel 13-18. Dr Stanton Glantz har gjort «Merrell Williams»-dokumentene tilgjengelig på website: <http://www.library.ucsf.edu/tobacco>

570.Mollenkamp et al 1998 s 111-113, Pringle 1998 kapittel 9 og New York Times 15. oktober 1999. Se også Hilts 1996 s 156-174.

lution». Avtalen er også blitt benevnt «*the Global Settlement*», skjønt avtalen kun gjaldt tobakksindustrien i USA.

### 10.3 Innholdet av det første forslaget til nasjonalforlik – «The Global Settlement»

---

#### 10.3.1 Innledning

Avtalen av 20. juni 1997 hadde fra delstatenes side som grunnleggende forutsetning at de ønskede («avtalte») reguleringer av tobakksindustrien skulle gjennomføres ved føderal lovgivning. Fra tobakksindustriens side var det av avgjørende betydning at tobakksselskapene ved lov ble gitt utstrakt vern mot pågående og fremtidige erstatningssøksmål. Begge deler ville forutsette medvirkning fra Kongressen (lovvedtak) og fra Presidenten (lovsanksjon). Selv om representanter for delstatene og tobakksindustrien kom frem til en omforent tekst den 20. juni 1997, var det på dette tidspunkt således ikke mer enn et *forslag* til nasjonalforlik.

Forslaget til nasjonalforlik var bygget opp etter mønster av de tre allerede inngåtte delstatsforlikene (Mississippi, Florida og Texas), slik at én type hovedbestemmelser angikk i hovedsak pengeerstatning og den andre type hovedbestemmelser gjaldt diverse reguleringer av tobakksbransjen og tobakksmarkedet.

#### 10.3.2 Tobakksindustriens erstatningsplikt

I henhold til forslaget skulle tobakksselskapene til sammen betale i alt 368,5 milliarder dollar (tilsvarer ca 3 000 milliarder norske kroner) over 25 år til de ulike delstatene.<sup>571</sup> Deretter skulle tobakksselskapene erlegge årlige betalinger (uten noen tidsgrense) av nærmere angitte inflasjonsjusterte beløp.<sup>572</sup> Tobakksindustrien var etter forslaget også tilpliktet å finansiere diverse helsemessige programmer og prosjekter.<sup>573</sup>

#### 10.3.3 Regulering av tobakksindustrien

Ved forslaget til nasjonalforlik skulle tobakksindustrien underlegges et meget strengt reguleringsregime under ledelse av FDA («the Food and Drug Administration»):

- a) Sterke begrensninger på adgangen til å reklamere for og markedsføre tobakksprodukter.<sup>574</sup> For eksempel ble det foreslått forbud mot reklameplakater og bruk av menneskemodeller som Joe Camel og Marlboro Man, og kun adgang til å markedsføre tobakksprodukter i lokaler, blader m.v. som utelukkende er beregnet for voksne.
- a) Omfattende merking om helsefarene ved bruk av tobakksprodukter:
  1. Reklame skulle merkes med «Nicotine Delivery Device».<sup>575</sup>
  2. Produktpakninger skulle merkes med «Nicotine Delivery Device».<sup>576</sup>

---

571.Forslagets punkt VI, s 34-35.

572.Forslagets punkt VI, s 34-35.

573.Forslagets punkt VII, s 36-38.

574.Forslagets punkt I, bokstav A (s 8-9) og Appendix VII (s 63).

575.Forslagets punkt I, bokstav A, femte avsnitt (s 8).

576.Forslagets punkt I, bokstav B, nr. 1 siste avsnitt (s 11).

3. Produktbeskrivelser som «light» og «low tar» skulle i reklame ledsages av følgende presisering: «Brand X not shown to be less hazardous than other cigarettes». <sup>577</sup> Dette skulle gjelde med mindre det kan fremlegges for FDA vitenskapelig bevis på redusert helserisiko. <sup>578</sup>
  4. Kvartalsvis alternerende advarsler på pakninger. <sup>579</sup>
- b) Begrensninger i tilgjengeligheten av tobakk. <sup>580</sup> De viktigste prinsipper var:
1. 18 års grense for kjøp av tobakksprodukter.
  2. Plikt for tobakksforhandlere til å be om ID fra alle kjøpere under 27 år.
  3. Som utgangspunkt kun adgang til handel over disk («face-to face transaction»).
  4. Forbud mot salg av tobakksprodukter fra åpne pakninger.
  5. Krav til minimum 20 stk sigaretter pr pakning. <sup>581</sup>
  6. Forbud mot å dele ut gratis pakninger/prøveeksemplarer av tobakksprodukter.
  7. Forbud mot sigarettautomater.
- c) Innføring av et offentlig lisens- eller autorisasjonssystem for tobakksforhandlere som selger tobakksvarer direkte til forbruker. <sup>582</sup>
- d) Regulering av produksjonsprosessen for tobakksprodukter, blant annet skulle FDA ha myndighet til å sette grenser for innholdet av nikotin og andre skadelige stoffer, samt myndighet til å pålegge tobakksindustrien aktivt å modifisere eksisterende produkter. <sup>583</sup> Tobakk skulle klassifiseres som «drug». <sup>584</sup>
- e) Etter en 12 års periode skulle FDA under visse vilkår ha myndighet til å kreve vesentlige endringer i tobakksproduktene slik at nikotin, tjære og andre helsefarlige bestanddeler kunne elimineres helt. <sup>585</sup>
- f) Tobakksindustrien tilpliktet å gi produktinformasjon, nærmere bestemt: <sup>586</sup>
1. å gi FDA en fullstendig angivelse av bestanddeler i tobakksprodukter. Denne informasjonen skulle behandles konfidensielt av FDA.
  2. å gi varedeklarasjon på pakninger.

#### 10.3.4 Diverse andre bestemmelser

- a) Forslaget til nasjonalforlik hadde som formål også å sørge for vesentlige endringer av tobakksindustriens grunnlag, struktur og bransjekultur, blant annet ved følgende tiltak: <sup>587</sup>

577.Forslagets punkt I, bokstav A, siste avsnitt (s 9).

578.Forslagets punkt I, bokstav E, nr. 4 (s 14).

579.Forslagets punkt I, bokstav B, nr. 1 (s 10-11).

580.Forslagets punkt I, bokstav C (s 11-12).

581.I dag (årsskiftet 1999-2000) er det kun 7 delstater som har et slikt krav til minimumskvantum ved salg av sigaretter: Hawaii, Kentucky, Louisiana, North Dakota, Tennessee, Texas og Utah.

582.Forslagets punkt I, bokstav D (s 12-13).

583.Forslagets punkt I, bokstav E, især nr. 3 og 5 (s 13-19).

584.Forslagets punkt I, bokstav E, nr. 2 (s 13).

585.Forslagets punkt I, bokstav E, nr. 5, litra B (s 17-19).

586.Forslagets punkt I, bokstav F (s 19-20).



- Lovgivning som gir tobakksindustrien incentiv til aktivt å arbeide for sikrere produkter.
  - Lovgivning som gir tobakksindustrien incentiv til aktivt å arbeide for å redusere røykeandelen blant ungdom.
  - Slutt på tobakksindustriens iherdige lobbyvirksomhet m.v. til motarbeidelse av lov-givningstiltak.
  - Oppløsning av «the Tobacco Institute» og «the Council of Tobacco Research, U.S.A.». Dersom industrien skulle etablere nye bransjeorganisasjoner skulle disse undergis streng offentlig regulering og kontroll.
- b) Frigjøring og tilgjengeliggjøring for FDA og saksøkere en rekke interne forskningsdokumenter og materiale.<sup>588</sup>
- c) Forslaget til forlik hadde som en klart uttrykt målsetning å oppnå drastisk reduksjon i bruken av tobakksprodukter blant ungdom under 18 år. Hvis dette ikke ble oppnådd innen nærmere angitte tidsrammer, bestemte avtalen at tobakksindustrien skulle ilegges årlige ekstraavgifter på 2 milliarder dollar (omkring 16 milliarder norske kroner).<sup>589</sup>
- d) Innføring av omfattende røykebegrensninger på offentlige steder og andre steder hvor mange mennesker ferdes.<sup>590</sup>

### 10.3.5 Hva ville tobakksindustrien oppnå ved forliket?

Til fordel for tobakksindustrien skulle forliket først og fremst gi utstrakt vern mot erstatningssøksmål.<sup>591</sup> For det første bestemte avtaleforslaget at alle verserende *offentlige* søksmål skulle forlikes ved lov og alle fremtidige offentlige erstatningssøksmål mot tobakksindustrien skulle avskjæres ved lov. For det andre skulle følgende *individuelle* søksmål utelukkes ved lov:

1. Ethvert søksmål basert på helseskader forårsaket av tobakksbruk *etter* tidspunktet for avtaleinngåelsen.
2. For helseskader forårsaket av tobakksbruk *før* avtaletidspunktet skulle utelukkes:
  - a) «Class action»-søksmål (gruppesøksmål).
  - b) «Punitive damages» til fordel for saksøker (et slags straffende erstatningsansvar).<sup>592</sup>

## 10.4 Motstanden mot det første forlikforslaget

---

### 10.4.1 Innledning

Til fordel for forlikforslaget kunne det for det første anføres at statene ville motta store pengebeløp som, foruten dekning av offentlige helseutgifter, blant annet kunne benyttes til å finansiere anti-tobakksprogrammer. For det andre

587.Forslagets punkt I, bokstav G (s 21-23).

588.Forslagets punkt I, bokstav E, nr. 7 (s 18) og vedlegg VIII (s 64-68).

589.Forslagets punkt II (s 24-25) og vedlegg V og VI (s 52-62).

590.Forslagets punkt IV (s 30-31).

591.Forslagets punkt VIII (s 39-42).

592.For en forklaring av punitive damages»og «class action»-instituttet « i amerikansk rett, se henholdsvis punkt 9.2.2 og punkt 9.2.3 ovenfor.

ville forslaget en gang for alle slå fast FDAs myndighet og etablere strenge begrensninger på markedsføringen av tobakksprodukter. Forslaget ville således gi en fast ramme for reguleringen av tobakksbransjen fremfor den usikkerhet som var forbundet med en rekke enkeltoppgjør mot tobakksindustrien i landets rettssaler.

Likevel møtte forlikforslaget på stor motbør. Et utall av organisasjoner, interessegrupper og personer gikk hardt ut mot forliket, blant annet The American Cancer Society (juli 1997), The American Lung Association (juni 1997), The American Medical Association (juli 1997), The Association of Trial Lawyers of America (juli 1997), National Cancer Advisory Board (juli 1997) og den amerikanske regjering med President Clinton i spissen.

Tungtveiende for Clintons avvisning av «the Global Settlement» var den sterkt kritiske rapporten fra C. Everett Koop (tidligere helsedirektør i USA) og David Kessler (tidligere leder av FDA), som allerede i begynnelsen av juni hadde fått i oppdrag av Clinton til å lede en omfattende gjennomgang av det da forventede forlikforslaget.<sup>593</sup> Koop-Kessler-utvalget besto av fem arbeidsgrupper med hvert sitt arbeidsfelt. I hver gruppe deltok fremtredende medisinerere og personer fra helseorganisasjoner i hele USA. De fem gruppene hadde følgende problemområder:

1. Offentlig regulering av nikotin og tobakksprodukter.
2. Ungdom og tobakk.
3. Generelt om forbruket av tobakksprodukter.
4. Passiv røyking.
5. Fremtidens tobakksbransje og offentlig regulering.

Også flere toneangivende aviser, blant annet New York Times, Washington Post, Wall Street Journal og USA Today, ga på lederplass uttrykk for en viss skepsis til forlikforslaget, og advarte mot forhastede lovvedtak til beskyttelse av tobakksindustrien.<sup>594</sup>

#### **10.4.2 Det moralske motargument**

Blant de argumenter som sterkest ble gjort gjeldende mot forslaget til tobakksforlik, var at det ville være uriktig og umoralsk å tillate at tobakksindustrien skulle kunne kjøpe seg fri fra erstatningssøksmål og erstatningsansvar.

#### **10.4.3 Likhetsargumentet mot avtalen**

Dersom forlikforslaget skulle bli vedtatt som føderal lov, ville det være et enestående eksempel på særbehandling av en enkelt industri. Motstanderne av forslaget fant det uakseptabelt at tobakksindustrien i kraft av sin størrelse og kapitalstyrke skulle kunne få gjennom et immunitetsprivilegium til forskjell fra enhver annen produsent.

Forslaget ville dessuten innebære en urimelig favorisering av det offentlige på bekostning av privatpersoner, idet pengebeløpet skulle betales til

593.Final Report of the Advisory Committee on Tobacco Policy and Public Health, juli 1997.

594.New York Times 21. juni 1997, Washington Post 22. juni 1997, Wall Street Journal 23. juni 1997 og USA Today 23. juni 1997.

delstatene mot immunitet ikke bare fra delstatenes søksmål, men også fra enkeltindividers erstatningssøksmål.

#### 10.4.4 Det pengemessige motargument

Selv om 368 milliarder dollar er et enormt beløp, ble det anført at dette på langt nær ville kompensere de økonomiske utgiftene som tobakk påfører samfunnet. Fordelt over 25 år ville avtalen gi ca 15 milliarder dollar per år, mens de årlige samfunnsrelaterte tobakksutgifter ble anslått til minst 100 milliarder dollar. Til dette kom at tobakksselskapene i betydelig grad kunne sende regningen videre, dels ved å heve tobakksprisene overfor forbrukerne og dels ved å gjøre skattefradrag for erstatningsutbetalingene som virksomhetsutgift.

#### 10.4.5 Det rettslige motargument

Flere sider ved forslaget fremsto som problematiske i forhold til Den amerikanske grunnlov.<sup>595</sup> Fremfor alt var bestemmelsene og forutsetningene om utstrakt søksmålsimmunitet for tobakksselskapene konstitusjonelt tvilsomme. Forslaget ville i det store og hele utelukke blant annet «class action»-søksmål og såkalte «punitive damages» samt etablere et beløpsfestet tak for det samlede, årlige omfang av tobakksselskapenes eventuelle erstatningsansvar. Det ble fremhevet at disse delene av forslaget – deler som for tobakksindustrien utgjorde noe av forslagets kjerne – kunne være i strid med grunnlovens vern om «due process», herunder ethvert individs rett til «trial by jury», jf *the Fifth Amendment*.

Videre ble det, blant annet av enkelte juridiske professorer, pekt på at forslagets forutsetninger om at tobakksindustrien ved føderal lov skulle gis utstrakt søksmålsimmunitet ville gripe for sterkt inn i delstatenes selvstyre på prosessens område, jf *the Tenth Amendment*. Denne bestemmelsen foreskriver at all statsmyndighet som ikke enten er positivt tillagt Kongressen eller positivt unntatt delstatenes myndighetsområde, tilkommer delstatenes parlamenter og innbyggere. I tillegg ble det reist spørsmål om de begrensninger på markedsføring som lå i forslaget, skjønt tobakksselskapene selv hadde gått med på dem, var forenlige med ytringsfriheten som fastslått i *the First Amendment*.

#### 10.4.6 Det helsemessige motargument

Motstanderne så forslaget mer som en beskyttelse av tobakksselskapene enn av den alminnelige helse. Selv om forslaget inneholdt visse fremskritt, slik som markedsføringsrestriksjoner og sanksjoner mot industrien dersom røykeandelen blant ungdom ikke skulle gå ned i årene fremover, så var dette etter motstandernes mening ikke tilstrekkelig. For eksempel fremholdt flere helseorganisasjoner at «mulftsanksjonene» for eventuell manglende nedgang i røykekonsumet blant ungdom var altfor beskjedne til å kunne ha noen særlig betydning.

Videre ville forslaget, selv om det i prinsippet anerkjente FDAs myndighet til å regulere tobakk, legge bånd på lovgivningen. Det ble fremhevet at man ikke trengte tobakksindustriens samtykke for at FDA skulle kunne regulere bransjen. Mange mente at FDAs kompetanseområde etter gjeldende lov

595.Se for eksempel Chicaco Tribune 3. juli 1997.

omfattet tobakk, og hvis gjeldende lov ikke var tilstrekkelig, så kunne Kongressen selvsagt gi ny lov uten å gå veien om en avtale med tobakksselskapene.

Forslaget tillot røyking i restauranter, barer og casinoer. Dette var uakseptabelt for en rekke helseaktivister som arbeidet for absolutte røykeforbud på alle offentlige steder og arbeidsplasser.

Flere motstandere fremhevet som en mangel ved forslaget at den til tross for sin betegnelse – «the Global Settlement» – ikke inneholdt noe om produksjon og salg av amerikanske tobakksprodukter i land utenfor USA.

### 10.5 Kongressdebatten om McCain- forslaget

---

I desember 1997 innledet Den amerikanske kongressen ved sine respektive fagkomiteer behandlingen av tobakksforliket med sikte på å komme frem til en nasjonal lovregulering av tobakksselskapene.<sup>596</sup> Arbeidet ble ført an av handels- og finanskomiteene (The Commerce and Finance Committees) som ved sin leder i Senatet, *John McCain* (R), utarbeidet et lovforslag samme måned. Forslaget fremsto som et kompromiss mellom, på den ene side, dem som mente at tobakksindustrien ikke burde innvilges noen form for søksmålsbeskyttelse overhodet, og på den annen side, dem som mente at en slik beskyttelse var nødvendig for å få gjennomført en nasjonal tobakkspolitikk med mulighet til å lykkes.

Hovedpunktene i McCain-forslaget var:

1. Innføring av et fast årlig offentlig lisens- og avgiftssystem for tobakksprodusenter. Avgiftene skulle tre i kraft fra og med 1999 og stige til 1,10 dollar (ca. 9 kroner) per tobakkspakning i 2003. Avgiftene ble antatt å innebære kostnader for tobakksindustrien på omkring 500 milliarder dollar over de neste 25 år, altså en drastisk økning av beløpet på 368 milliarder dollar som ble lagt til grunn i det store nasjonalforliket fra juni 1997.
2. Ingen immunitet mot erstatningsansvar for industrien slik nasjonalforliket fra juni 1997 forutsatte gjennomført ved lov. Dog ble det foreslått en viss beskyttelse av industrien i form av en lovfastsatt erstatningsrettslig ansvarsbegrensning på 8 milliarder dollar (ca 60 milliarder kroner) i året.
3. Lovfesting av konkretiserte målsetninger om at røykeandelen blant barn og ungdom måtte reduseres, med 15 % i løpet av de neste tre årene, 30 % i de neste fem årene, 50 % i de neste syv årene og 60 % i løpet av de neste 10 årene. Dersom disse målsetningene ikke ble nådd, kunne tobakksselskapene pålegges store tilleggsavgifter, opptil 240 millioner dollar per avvikende prosentenhet.
4. Påbud til tobakksselskapene om å offentliggjøre sitt forskningsmateriale.
5. Forbud mot tobakksreklame utendørs og forbud mot å bruke mennesker, dyr eller tegneseriefigurer i tobakksreklame.
6. Offentlig finansiell støtte til den tobakksproduserende landbruksnæring dersom det skulle vise seg at næringen taper penger på grunn av en eventuell redusert tobakksetterspørsel.

---

596. USA Today 8 desember 1997.

McCain-forslaget hadde også enkelte nokså vidtgående bestemmelser med internasjonal rekkevidde, blant annet opphevelse av statsstøtten for tobakkseksport, strenge tiltak for bekjempelse av tobakkssmugling, plikt for amerikanske tobakksselskaper til å følge samme regler utenlands som de gjorde hjemme (blant annet med hensyn til advarselsmerking og markedsføring) og etablering av en ikke-statlig stiftelse som skulle gi økonomisk støtte til anti-tobakksorganisasjoner i utlandet.<sup>597</sup>

I Handelskomiteen fikk McCain-forslaget overveldende tilslutning på tvers av partigrensene (19 mot 1), og forslaget ble således fremmet for Kongressen allerede på nyåret 1998. Sakens formelle behandling i Kongressen ble berammet til våren 1998, men debatten mellom Kongressrepresentanter tok til umiddelbart. Mens McCain-forslaget mottok lunken støtte fra president Clinton og administrasjonen, møtte lovforslaget motstand særlig fra McCains egne republikanske partifeller. Republikanerne var på prinsipielt grunnlag skeptiske til en så sterk statlig regulering og avgiftsbelegging av en privat næringsvirksomhet som McCain-forslaget la opp til. Det ble vist til at bekjempelsen av tobakksbruk ikke nødvendigvis måtte eller burde skje ved innkreving av enorme offentlige avgifter, og at kostnadene for industrien ville kunne bli meget høyere enn det McCain-forslaget antok. Ifølge flere enkeltrepresentanter måtte støtte fra republikansk hold i det minste forutsette følgende: For det første at McCain-forslaget ikke ville skape og gi næring til et illegalt svartebørs- og smuglermarked. For det andre at de offentlige avgiftene som eventuelt måtte pålegges tobakksselskapene, ville komme folket til gode i form av skattelettelser.

Tobakksselskapene ønsket en gjennomføring av juniforliket, men gikk sterkt imot McCain-forslaget, idet det på avgjørende punkter avvek fra juniforliket. McCain-forslaget ville utelukke den søksmålsbeskyttelse som tobakksselskapene mente var påkrevd. Dertil var beløpet som tobakksindustrien skulle utrede vesentlig oppregulert. Tobakksselskapene fremholdt at dersom man tok i betraktning inflasjonsfaktoren og de pengesanksjoner som McCain-forslaget foreskrev hvis røykeandelen blant ungdom ikke ble redusert i henhold til målsetningene, så ville kostnadene for tobakksbransjen over de neste 25 årene langt overstige overslaget på 500 milliarder dollar, og kunne komme opp i hele 700–800 milliarder dollar. Dette ville igjen, ifølge talsmenn for tobakksselskapene, kunne tvinge næringen over konkursens rand.

## 10.6 Det første forslaget til nasjonalforlik faller

---

Under debatten om McCain-forslaget ble det fremmet noen alternative lovforslag, herunder endringer i og tillegg til McCain-forslaget, men uten at det kom noe mer ut av det. Lovgivningsdebatten var derfor fra tidlig av sentrert rundt McCain-forslaget alene.

Da Senatet på vårparten 1998 formelt innledet debatten om å lovregulere tobakksbransjen, var det meget usikkert om McCain-forslaget ville kunne gå gjennom, eller om det ville bli nedstemt. Forslaget var søkt utformet slik at det skulle kunne ha mulighet til å samle støtte fra begge partier. Men selv om

<sup>597</sup>Mackay 1999.

demokrater og republikanere nok kunne enes om et formål om å begrense tobakksbruken blant barn og ungdom, så var oppfatningene om virkemidlene mange og motstridende. Til dette kom at lovgivningdebatten til dels var uoversiktlig idet en rekke spørsmål var fremme; fra spørsmålet om søksmålsimmunitet for industrien, til hjelpetiltak for tobakkslandbruket og til begrensning av advokatsalærer i store tobakks'erstatningssaker. Tobakksindustrien selv brukte over 40 millioner dollar på kampanjer mot McCain-forslaget. Etter fire ukers debatt i Senatet ble McCain-forslaget den 17. juni 1998 nedstemt av et knapt flertall. Avstemningen fulgte i det store og hele partigrenser. Demokratene stemte i det store og hele for McCain-forslaget, mens republikanerne i det store og hele stemte mot.

### 10.7 Arbeidet mot et nytt nasjonalforlik tar til

Ganske snart etter at McCain-forslaget falt i Kongressen i juni 1998 tok tobakks'selskapene og noen av statene initiativ til nye forhandlinger.<sup>598</sup> På dette tidspunkt hadde 37 av USAs stater anlagt erstatningssøksmål mot tobakksindustrien.<sup>599</sup> Forhandlingene ble gjenopptatt med representanter fra de fire største tobakks'selskapene i USA (Philip Morris, R. J. Reynolds, Brown & Williamson og Lorillard) og ni av statene; California, North Carolina, Colorado, North Dakota, Massachusetts, New York, Oklahoma, Pennsylvania og Washington. Riktignok hadde North Carolina, den største tobakksproduzenten blant statene, ikke anlagt noe søksmål mot tobakksindustrien, men statens representanter tok likevel del i forhandlingene idet den ønsket å nyte godt av en avtale som ville omfatte hele nasjonen.<sup>600</sup>

Forhandlingene var harde.<sup>601</sup> I en periode avsto de to tobakks'selskapene RJR og Brown & Williamson fra møter, men kom etter en liten stund tilbake til forhandlingsbordet. Representantene fra Massachusetts trådte for godt ut av samtale i protest mot det de anså som uthalingstaktikk fra tobakks'selskapenes side.<sup>602</sup>

Etter et visst opphold fortsatte imidlertid forhandlingene mellom de fire tobakks'selskapene og de åtte gjenværende delstatene.<sup>603</sup> Den 13. november 1998 kom det omsider til et forhandlingsresultat.<sup>604</sup> På dette tidspunkt hadde 39 stater gått til erstatningssøksmål mot industrien. I korthet gikk forliksforslaget ut på at tobakks'selskapene skulle betale alle delstatene – bortsett fra de fire statene som allerede hadde forlikt sine saker; Mississippi, Florida, Texas og Minnesota, jf punkt 9.6.2 til 9.6.5 ovenfor – i alt ca 206 milliarder dollar over de neste 25 år mot at alle statlige erstatningssøksmål ble trukket tilbake. I tillegg ville industrien la seg underlegge en del reguleringer, særlig i

598. New York Times 10. juli 1998, USA Today 10. juli 1998 og Washington Post 10. juli 1998, Associated Press 15. juli 1998 og Heyes 1999 s 134-135.

599. Washington Post 10. juli 1998. Se også punkt 9.6 ovenfor.

600. Washington Post 26. juli 1998.

601. New York Times 27. juli og 5. august 1998.

602. New York Times 27. august 1998 og Boston Globe 31. August 1998.

603. Washington Post 3. oktober 1998, New York Times 6. oktober 1998 og USA Today 12. oktober 1998.

604. Washington Post 14. november 1998, Associated Press 15. november 1998 og USA Today 16. november 1998.

forbindelse med markedsføringen av tobakksprodukter. Forlikstilbudet tilgodeså i prinsippet alle de 46 delstatene som ikke hadde noe forlik fra før, også de statene som ennå ikke hadde anlagt noe søksmål og endog de få stater som allerede hadde fått sine søksmål avvist av domstolene.

For at forliket skulle tre i kraft, satte tobakksselskapene som vilkår at et visst minimum av stater utover de åtte som forhandlet, ville slutte seg til forliket i løpet av én uke. Det ble fra tobakksselskapenes side aldri angitt akkurat hvor mange som var påkrevd, men det lå mellom linjene at antallet måtte være betydelig.

## **10.8 Forslag til nytt nasjonalforlik sendes hver av statene til vurdering**

---

I løpet av helgen 13.-15. november 1998 ble forlikstilbudet sendt ut til alle de 46 delstatene som ikke allerede hadde avsluttet sine saker med tobakksselskapene. Forliket hadde naturligvis umiddelbar tilslutning av de åtte statene som hadde forhandlet frem tilbudet. Over helgen sluttet så fire nye stater seg til forliket: Arizona, Arkansas, Iowa og Utah.<sup>605</sup> Den 17. november kom Idaho, Nebraska, Ohio og Wisconsin til.<sup>606</sup> I løpet av de to neste dagene kom så ytterligere Alabama, Hawaii, Kentucky, Louisiana, Michigan, Missouri, Montana, New Hampshire, New Jersey, Rhode Island, Tennessee og West Virginia til.<sup>607</sup> Da det nå nærmet seg fristutløp hadde altså 28 stater sluttet seg til forliket. Selv om det aldri ble offentlig uttalt, var dette en oppslutning som neppe var tilfredsstillende for tobakksselskapene. Det var jo 18 stater som sto igjen; særlig var det knyttet spenning til Marylands søksmål samt et par andre som ble antatt å stå særlig sterkt.

Den 20. november, like før fristutløp kl 12, aksepterte så de resterende 18 statene forliket.<sup>608</sup> Dermed var tobakksoppgjørene mellom alle 50 stater og industrien endelig avgjort. Nasjonalforliket og de fire enkeltforlikene som allerede var inngått i Mississippi, Florida, Texas og Minnesota, vil koste tobakksselskapene omkring 250 milliarder dollar i de neste 25 år.

## **10.9 Innholdet av det endelige nasjonalforliket mellom tobakksselskapene og USAs delstater – «The Master Settlement»**

---

### **10.9.1 Innledning**

I forhold til forslaget til juniforlik i 1997 («The Global Settlement»), heretter kalt juniforliket, var dette nye forliket langt mer begrenset. Forliket hadde denne gang som formål kun å regulere forholdet mellom delstatene og tobakksindustrien. Forliket tok altså ikke som juniforliket sikte på å etablere noen søksmålsimmunitet for tobakksindustrien eller på noe annet vis å begrense den private søksmålsrett.

605. USA Today 17. november 1998.

606. USA Today 18. november 1998.

607. USA Today 19. november 1998 og Dallas Morning News 20. november 1998.

608. USA Today 20. november 1998, Dallas Morning News 21. november 1998 og Washington Post 21. november 1998.

Novemberforliket 1998 var for sin gjennomføring således ikke avhengig av å bli godkjent av Kongressen ved ny føderal lov. Til gjengjeld var beløpet som tobakksindustrien skulle betale delstatene meget lavere enn i juniforliket, jf nedenfor. Videre innebar forliket ingen vedkjennelse fra tobakksselskaperne side om at de føderale myndigheter, herunder FDA (the Federal Food and Drug Administration) hadde myndighet til å regulere tobakkbransjen. På den annen side gikk tobakksselskapene med på å underlegge seg en rekke reguleringer fra delstatenes side.

Ved forliket ble tobakksselskapene endelig og for alltid fritatt for ytterligere krav og ansvar overfor delstatene med hensyn til sin virksomhet, jf avtalens punkt XII («Settling States' Release, Discharge and Covenant»). Dette gjaldt dog ikke et eventuelt straffansvar etter føderal eller delstatlig lov.

### 10.9.2 Tobakksindustriens erstatningsplikt

Forliket går ut på at tobakksselskapene i all fremtid skal betale i henhold til sin markedsandel årlige, indeksregulerte beløp til alle delstatene, hvilket i løpet av de neste 25 årene i alt vil innebære i overkant av 200 milliarder dollar.<sup>609</sup> De 46 delstater som forliket omfatter skal fordele pengene seg imellom etter en nærmere fordelingsnøkkel. Videre skal tobakksselskapene refundere statene alle saksomkostninger, herunder honorar til delstatenes advokater.<sup>610</sup>

Av de drøyt 200 milliarder dollar over de neste 25 årene skal 250 millioner dollar finansiere et større offentlig 10-års program for å redusere røyking blant barn og ungdom.<sup>611</sup> Utover dette er pengene ikke øremerket.

### 10.9.3 Reguleringer av tobakksbransjen

Gjennom meget detaljerte bestemmelser har industrien godtatt å la seg underlegge en rekke reguleringer fra avtalens ikrafttredelse 1. juli 1999. Disse reguleringene har som formål først og fremst og begrense tilgangen på tobakksprodukter blant barn og ungdom. Blant bestemmelsene kan nevnes:

- Absolutt forbud for ethvert tobakksselskap mot, direkte eller indirekte, å rette sin markedsføring av tobakksprodukter mot ungdom under 18 år.<sup>612</sup>
- Absolutt forbud mot å bruke tegneseriefigurer i tobakksreklame.<sup>613</sup>
- Begrenset forbud mot å finansiere, sponse eller profilere logoer ved ulike begivenheter og aktiviteter, slik som konserter, festivaler og sportsarrangementer.<sup>614</sup>
- Absolutt forbud mot å reklamere for tobakksprodukter på utendørs plakater/billboards og på transportmidler, samt fjerning av slik eksisterende reklame.<sup>615</sup>

609.Forlikets punkt IX («Payments») og punkt XI («Calculation and Disbursement of Payments»).

610.Forlikets punkt XVII («Recovery of Costs and Attorney's Fees»).

611.Forlikets punkt VI («Establishment of a National Foundation»).

612.Forlikets punkt III, bokstav (a).

613.Forlikets punkt III, bokstav (b).

614.Forlikets punkt III, bokstav (c).

615.Forlikets punkt III, bokstav (d).



- Forbud mot å fremme tobakksprodukter i film og annen media ved å betale filmprodusenter, skuespillere osv.<sup>616</sup>
- Påbud om at sigarettpakninger minst har et kvantum på 20 sigaretter.<sup>617</sup>

#### 10.9.4 Opphevelse av felles bransjeorganer

Ved forliket ble the Council for Tobacco Research – USA, Inc. (CTR) og the Tobacco Institute (TI) oppløst, og gjenopprettelse av disse eller lignende organer ble forbudt.<sup>618</sup> Videre ble tobakksselskapenes adgang til å etablere og delta i bransjeorganisasjoner undergitt nærmere regulering.<sup>619</sup>

#### 10.9.5 Offentliggjøring av interne dokumenter

Etter forliket påtok tobakksselskapene å frigjøre for offentligheten en rekke nærmere definerte dokumenter om sin forskning, produktutvikling og markedsføring.<sup>620</sup> Tobakksselskapene ble pålagt, for egen bekostning, å legge dokumentene ut på internettadressen <http://www.tobaccoresolution.com>.<sup>621</sup>

### 10.10 Rettslig godkjenning av forliket

---

Nasjonalforliket er ikke endelig som rettsforlik før det er blitt godkjent av domstolene i hver av de 46 delstatene som er part i avtalen. I tiden rett etter forlikets inngåelse møtte det motstand fra en del grupper og enkeltpersoner. Noen gikk endog til søksmål for å motsette seg domstolsgodkjenning av forliket. Denne motstanden har imidlertid ikke ført frem, og i dag (årsskiftet 1999–2000) ser det ut som at det bare er i Pennsylvania at godkjenning av nasjonalforliket blir bestridt for retten av en gruppe privatpersoner. Denne motstanden i Pennsylvania har fra første stund vært meget hard, og ledes an av kreftspesialisten Dr. Robert Sklaroff (tidligere president i Pennsylvania Society of Internal Medicine), William T. Godshall (administrerende direktør i Smoke-Free Pennsylvania) og Jeffrey Barg (president i Coalition for a Tobacco-Free Pennsylvania).

Sklaroff, Godshall og Barg protesterer særlig mot at spørsmålet om regulering av tobakksindustrien skal bero på en avtale mellom statens Attorney General og tobakksselskapene. De fremholder at en slik avtale i realiteten innebærer at tobakksindustrien har kunnet kjøpe seg tillatelse til i det store og hele å fortsette sin virksomhet som før. Sklaroff, Godshall og Barg gjør gjeldende at statens representanter har begitt seg inn på lovgivningens domene og derfor gått utover sine konstitusjonelle fullmakter.<sup>622</sup>

Hovedspørsmålet for domstolene er om private organisasjoner eller enkeltpersoner som ikke direkte er del av avtalen, har rettslig interesse i å bestride avtalens gyldighet for domstolene. Sklaroffs sak har per høsten 1999

---

616.Forlikets punkt III, bokstav (e).

617.Forlikets punkt III, bokstav (k).

618.Forlikets punkt III, bokstav (o).

619.Forlikets punkt III, bokstav (p).

620.Forlikets punkt IV («Public Access to Documents»).

621.Vedkommende website er senere endret til: <http://www.tobaccoarchive.com>.

622.Se blant annet Post-Gazette 29. november 1998 og The Inquirer 1. september 1999.

gått gjennom to rettsinstanser som begge har avvist at han har rettslig interesse. Sklaroff har på sin side bebudet at han akter å bringe spørsmålet inn for Pennsylvanias Høyesterett.<sup>623</sup>

### **10.11 Spørsmålet om en endelig slutt på alle tobakkserstatnings- søksmål**

---

Som det fremgår av dette og forrige kapittel (kapittel 9 og 10), har tobakkserstatningssøksmålene i USA i dag fått et enormt omfang; med søksmål fra individer, private forsikringsselskaper og sykekasser samt ulike offentlige myndigheter. Det ser ikke ut til at disse søksmålene vil ta slutt i overskuelig fremtid, og det er mulig at de vil oppta amerikanske domstoler i flere tiår fremover.

På denne bakgrunn er det i den senere tid fra andre enn tobakksselskapene så vidt reist spørsmål om man ikke bør søke en løsning som en gang for alle kan få en slutt på tobakkserstatningssøksmålene, for eksempel slik som man har sett i tidligere saker som involverer et stort antall mennesker, blant annet Agent Orange-saken (farlig kjemikalium fra Vietnam-krigen) og silikon-saken.

Et mulig første skritt i denne retning er tatt av en dommer i New York, som i forbindelse med et verserende tobakkserstatningssøksmål for vedkommende domstol, har pålagt partenes advokater å innlede forhandlinger med det for øye å oppnå en endelig løsning for alle hovedsøksmål mot tobakksindustrien i nasjonen.<sup>624</sup> Det er usikkert om det vil komme noe ut av dette. RJR, muligens inspirert av seieren mot FDA (se punkt 8.5.5 ovenfor), har allerede uttrykt skepsis til en slik tanke.<sup>625</sup> I siste hånd må en endelig nasjonalløsning for alle tobakkserstatningssøksmålene antagelig involvere lovgiver.

### **10.12 Oppsummering**

---

For å få en ende på søksmålsbølgen mot tobakksindustrien, tok de store selskapene i 1996 initiativ til en samlet nasjonal løsning. Gjennom et forslag til nasjonalforlik, utarbeidet i samarbeid med delstatene i juni 1997, forsøkte tobakksselskapene å oppnå en ordning som ved lov ville gi dem en utstrakt beskyttelse mot erstatningsrettslige søksmål relatert til tobakksskader. Forslaget om å lovfeste en særskilt søksmålsimmunitet for tobakksindustrien støtte imidlertid på så sterk motstand fra helseorganisasjoner, forbrukerorganisasjoner, politikere og pressehold at det viste seg umulig å gjennomføre.

Sommeren 1998 ble nye forhandlinger gjenopptatt mellom fire av de største tobakksselskapene og representanter for en del av statene. Høsten 1998 ble det oppnådd enighet om et nasjonalforlik som en gang for alle ville avslutte alle de 50 statenes erstatningskrav mot industrien. I motsetning til forslaget til juniforlik 1997, omfatter avtalen av 1998 ikke private søksmål.

623. The Inquirer 1. september 1999.

624. Yahoo Finance 19 april 2000a og Wall Street Journal 19 april 2000.

625. Yahoo Finance 19 april 2000b.

*Del III*

*Er det grunnlag for å gå til erstatningssøksmål mot  
norsk tobakksindustri*

## Kapittel 11

### Innledning om norsk erstatningsrett

#### 11.1 USA og Norge

---

Gjennom det meste av det 20. århundret var tobakksindustrien en av de økonomisk mest «suksessfulle» næringsgrenene: Den greide å få halvparten av befolkningen til daglig å kjøpe betydelige mengder av tobakksvarer, og det brakte enorme inntekter til eierne av tobakksfabrikker og tobakksaksjer. Men fra midten av dette århundret kom motangrepet fra legevitenenskapen og etter hvert fra andre store grupperinger i befolkningen; de siste årene endog med en amerikansk president som frontfigur. Det store rettsoppgjøret etter tobakkskrigen er nå i full gang i USA, se Del II foran.

Advokater og dommere er – som så ofte ellers – blant de siste som kommer på banen. Men disse har som regel et større potensiale enn andre til å få gjennomført viktige samfunnsendringer, herunder økonomiske omfordelinger. De opptrer på en arena der tobakksindustrien kan stilles til ansvar for noen av de omfattende helseskadene og de store mengder av dødsfall som har fulgt i tobakkens kjølvann. Etter at industrien nå har hatt enorme fortjenester i flere tiår, er det spørsmål om den skal bære noen av de økonomiske tapene som knytter seg til tobakksrelaterte sykdommer.

Både i USA og i Norge er erstatningsretten i stor grad åpen for å legge vekt på hensyn som knytter seg til samfunnsutviklingen og ny vitenskapelig erkjennelse. Etter hvert som legevitenenskapen i flere tiår har fått stadig sikrere kunnskap om tobakkens store skadevirkninger på folks helse, er tiden moden for rettsvesenet. Flere typer av søksmål kan tenkes: *Individuelle søksmål fra røykere* som har fått lungekreft eller andre tobakksrelaterte sykdommer; *søksmål fra folk* som har vært utsatt for *passiv røyking* på arbeidsplasser og andre steder; *krav fra eierne av helseinstitusjoner* for å få dekket utgifter som knytter seg til behandling av røykerelaterte sykdommer; *krav fra arbeidstakeres sykeforsikringsordninger* for å få dekket tilsvarende utgifter m m.

Framstillingen i kapittel 11 til 19 baserer seg på norsk rett. Faktiske opplysninger om amerikansk tobakksindustri og noen av de argumentene som er brukt i tobakkssaker i USA kan imidlertid også være av betydning ved den rettslige vurderingen av spørsmålet om erstatningsansvar for norsk tobakksindustri. På de punkter hvor dette er aktuelt, vil vi vise til opplysninger fra kapittel 6 til 10.

Den amerikanske tobakksindustrien har forgreininger til en rekke andre land, og ofte har tobakksindustrien i andre land solgt produkter og opptrådt tilsvarende som i USA. Når vi i det følgende viser til tobakksindustrien i USA, kan det ofte leses som den internasjonale tobakksindustrien. Grunnen til at vi først og fremst viser til USA, er at det er forholdene her vi har undersøkt nærmere, se kapittel 6 til 10.

## 11.2 Fire typer av rettslige tiltak i tilknytning til tobakksbruk

---

I Norge har vi hatt fire «bølger» av rettslige tiltak i tilknytning til helseskader som kan tilbakeføres til bruk av tobakk:

For det første *tobakksloven* av 9. mars 1973 nr. 14, som trådte i kraft 1. juli 1975. Den innførte et totalforbud mot reklame for tobakksvarer og et påbud om at tobakksvarer skulle merkes med advarsel om helseskader ved sigarettrøyking. Hensikten var å stoppe tobakksindustriens røykepositive påvirkning og benytte tobakkspakningene som medium for kontrære budskap fra helsemyndighetene.

Den andre «bølgen» var den såkalte «*røykeloven*» av 16. mai 1988 nr. 24, som trådte i kraft 1. juli 1988. Det var en velferdslov som primært tok sikte på å beskytte ikke-røykerne mot å bli utsatt for andres tobakksrøyk. Mens Norge var en pionér og ble lagt merke til internasjonalt når det gjaldt reklameforbudet, var vi ikke i fronten når det gjaldt vern mot passiv røyking.

Den tredje «bølgen» var forskriften om forbud mot nye tobakks- og nikotinprodukter av 13. oktober 1989. Dens formål var – som *tobakksloven* av 1973 – å begrense helseskader som bruk av tobakksprodukter medfører. Etter denne forskriften er det forbudt å produsere, føre inn i Norge, omsette og overlate til andre nye former for tobakks- og nikotinprodukter.

Den fjerde «bølgen» – *erstatningsoppgjørene* – er nå i ferd med å komme inn over vårt land. Denne kommer fra USA, som også ellers har vært ledende når det gjelder produktansvar og forbrukervern. Erstatningsansvar for tobakksindustrien er i stor grad en videreføring av erstatningsansvar for asbestindustrien og produsenter av silikonbryster. Det er nå spørsmål om rettsvern for røykerne, deres etterlatte, de passive røykerne samt sykehus og andre som i første omgang må bære følgene av røykingen.

I Norge og i Europa for øvrig ser vi ikke på alt som kommer fra USA som bra, men det er heller ikke slik at alt derfra umiddelbart kan forkastes. Når det gjelder erstatningsansvar for tobakksindustrien, foreligger det i USA en gjennomtenkning av problemstillingene og en omfattende rettspraksis som vi ikke kan ha i et lite land som Norge. Men problemstillinger, argumenter og løsninger kan ikke uten videre importeres til Norge. Norske jurister må nøye vurdere hva som passer inn i norsk kultur- og rettstradisjon samt livs- og samfunnsforholdene hos oss. Dette må skje før sakene kommer til Høyesterett for en prinsipiell avklaring.

## 11.3 Kompensasjon for røykerelaterte sykdommer i dag

---

Bruk av tobakk er avhengighetsskapende, sykdomsframkallende og dødbringende. Spørsmålet er her om de som direkte eller indirekte rammes av tobakksrelaterte sykdommer og dødsfall, kan kreve økonomisk kompensasjon for sine tap.

Slik kompensasjon gis allerede i dag i stor utstrekning fra offentlige ordninger som knytter rettigheter til sykdom, uførhet og dødsfall. Viktig er her:

1. Helsehjelp fra almenpraktiserende leger, hjemmesykepleiere, plass i sykehjem for slagpasienter og andre førstelinjetjenester etter loven om helsetjenestene i kommunene.

2. Helsehjelp fra legespesialister, sykehus og andre fylkeskommunale andrelinjetjenester etter sykehusloven; denne loven vil bli erstattet av loven om spesialisthelsetjenester, som antakelig vil tre ikraft fra 1. januar 2001.
3. Behandling på Radiumhospitalet, attføringsinstitutter og andre statlige institusjoner. Her kan driften av Statens tobakksskaderåd også nevnes.

Dertil kommer folketrygdens utgifter som er meget store. Ca halvparten av folketrygdens ytelser knytter seg til sykdom, uførhet og dødsfall. Det er sykepenges, utgifter til legehjelp, viktige legemidler, reise til og fra behandling og andre helsetjenester; rehabiliteringspenges, attføringspenges og utgifter til rehabiliterings- og attføringstiltak; uførepensjon, grunnstønad og hjelpestønad; etterlattepensjon, gravferdshjelp og andre utgifter som knytter seg til dødsfall; samt dekning av utgifter ved yrkesskader og yrkessykdommer.

Også private forsikringsordninger har utbetalinger ved sykdom, uførhet og dødsfall. Private sykeforsikringer er lite utbredt i Norge, fordi de offentlige ordningene dekker det meste av utgiftene og inntektsbortfallene ved sykdom. Men uførhets- og livsforsikringer er det mye av. Dertil har vi en tvungen yrkesskadeforsikring som utløses ved yrkesskader, yrkessykdommer og dødsfall som skyldes yrkesskader og yrkessykdommer.

Norsk helse- og trygdelovgivning, forsikringsvilkår og skiller ikke mellom sykdommer som kan tilbakeføres til tobakksrøyking og andre sykdommer. Det innebærer at de generelle velferds- og forsikringsordningene i vårt samfunn bærer en vesentlig del av de utgiftene som knytter seg til tobakksrelaterte sykdommer og dødsfall.

## **11.4 Oversikt over hovedtyper av søksmål**

---

### **11.4.1 Individuelle søksmål fra aktive røykere**

Den enkelte røyker som har fått en tobakksrelatert sykdom, kan tenkes å gå til sak mot et tobakksfirma. Siden det vanligvis går 20–50 år fra røykestart til sykdomsutbrudd, er det nå mest aktuelt med søksmål fra personer som begynte å røyke fra midten av 1940-årene til midten av 1970-årene. De fleste av disse vil være født mellom 1930 og 1950.

Det viktigste erstatningsgrunnlaget er culpanormen, se kapittel 12. Tobakksindustrien blir erstatningsansvarlig hvis den har opptrådt uforsvarlig eller uaktsomt. På den andre siden er det spørsmål om å legge vekt på skadelidtes medvirkning og/eller aksept av risiko, se kapittel 16.

Ved culpavurderingen er det viktig hva tobakksindustrien og den enkelte visste eller burde ha visst om tobakkens skadevirkninger til enhver tid. Dertil er det av betydning hvilke muligheter industrien hadde til å hindre eller redusere helserisikoen som knytter seg til bruk av tobakksprodukter.

De første viktige medisinske rapportene om at lungekreft og andre helseskader kunne tilbakeføres til sigarett røyking, kom i begynnelsen av 1950-årene; tobakksindustrien i USA visste at nikotin var sterkt avhengighetsskapende i hvert fall fra begynnelsen av 1960-årene; det norske totalforbudet mot tobakksreklame og helseadvarslene på pakningene ble innført i 1975; helse-

myndighetene ble kjent med at nikotin var sterkt avhengighetsskapende fra slutten av 1970-årene; og de første erstatningssakene overfor tobakksindustrien som røykere vant, ble avsagt av underinstanser i USA fra midten av 1990-årene.

Noen saker er allerede kommet inn i det norske rettsvesenet. Mest kjent er Storvand-saken som ble brakt inn for Oslo forliksråd i desember 1998, og for Oslo byrett i november 1999. *Storvand har røykt fra han var 15 år, fikk tre hjerneslag med korte mellomrom da han var 51–52 år. Hans leger mener at hjerneslagene kan tilbakeføres til hans røyking. Han begynte å røyke før reklameforbudet og advarselspåbudet ble innført i 1975. Hans advokat framhever at Tiedemanns tobakksfabrik på et tidlig tidspunkt visste om tobakkens skadevirkninger uten å informere forbrukerne. I stedet for å informere om disse skadevirkningene, brukte tobakksfabrikken betydelige ressurser på tobakksreklame. Reklamen fram til 1975 bidro til at skadelidte begynte å røyke, og når han først var avhengig av nikotin, maktet han ikke å slutte. Tiedemanns tobakksfabrik forsvarer seg med at produksjon og salg av tobakksvarer har foregått i samsvar med lov og forskrifter. Videre hevdes det at forbrukerne selv må bære risikoen for negative helsemessige effekter ved frivillig å nyte tobakk, altså aksept av risiko. Tidemanns har også hevdet at Storvands eventuelle erstatningskrav er foreldet, men denne innsigelsen er nå frafalt. Storvand-saken vil antakelig bli behandlet i Oslo byrett i november 2000.*

En annen sak vil bli behandlet i Orkdal herredsrett i oktober 2000. En mann som er født i 1933, begynte å røyke i 1953 og fikk lungekreft i 1996. Skadelidte krever erstatning etter reglene om ulovfestet objektivt ansvar og produktansvarsloven av 1988; culpaansvar kan også være aktuelt. Saksøkte – Tidemanns tobakksfabrik – viser særlig til reglene om aksept av risiko.

En tredje sak ble brakt inn for Oslo forliksråd i april 2000. En kvinne, født 1940, begynte å røyke i 18-årsalderen og ble i 1998 innvilget 50 % uførepensjon av folketrygden. Hun lider av benskjørhet og en kronisk lungesykdom. Det framgår av en legeerklæring at det er overveiende sannsynlig at benskjørheten skyldes hennes røyking, mens det anses som sikkert at lungesykdommen er forårsaket av røykingen. Hun krever erstatning etter reglene om culpaansvar, ulovfestet objektivt ansvar og produktansvar.

Det er et viktig spørsmål om man kan bebreide tobakksindustrien at den på grunnlag av den medisinske kunnskap i 1950- og 1960-årene, ikke trakk konsekvenser som kunne ha vært til gunst for forbrukerne og potensielle forbrukere av deres produkter. Tobakksindustrien fortsatte med tobakksreklame; den unnlot å gi informasjon om helseskadene ved bruk av tobakk; den motarbeidet en del av de tiltakene som helsemyndighetene arbeidet for; og den bagatelliserte og benektet at tobakksbruk kunne føre til helseskader. Nikotinens sterke avhengighet, som tobakksindustrien i USA visste om fra begynnelsen av 1960-årene, er en omstendighet som er meget viktig når man skal vurdere hvilken vekt som skal tillegges den enkelte røykers mulighet til å slutte.

#### 11.4.2 Individuelle søksmål fra passive røykere

I 1980-årene kom det etter hvert en rekke forskningsrapporter om skadevirkningene ved passiv røyking, se punkt 3.3 og 4.3. Den norske «røykel-

oven» som tok sikte på å sikre røykfrihet i fellesmiljøer, ble forberedt i midten av 1980-årene og trådte i kraft 1. juli 1988.

I USA er det reist flere søksmål overfor tobakksindustrien om erstatning for helseskader som skyldes passiv røyking. I Norge kan det være vanskelig å vinne fram etter culpanormen for røykepåvirkning som skjedde før ca 1980. Det er imidlertid mulig at det ulovfestede objektive ansvaret her kan føre til erstatningsplikt. Læren om aksept av risiko og/eller prinsippet om skadelidtes medvirkning kan neppe anvendes overfor dem som ufrivillig er blitt utsatt for tobakksrøyk.

I tillegg til eller i stedet for å saksøke tobakksindustrien, kan det være aktuelt å saksøke arbeidsgivere, helseinstitusjoner, skoler og andre som har hatt røykfylte miljøer i sine lokaler. I Norden er det blitt reist en del slike saker overfor arbeidsgivernes forsikringsgivere – yrkesskadetrygden og yrkesskadeforsikringen.

En svensk sak om arbeidsskadeforsikring dreide seg om en kvinne som fikk lungekreft etter å ha arbeidet i et meget røykfylt arkitektkontor. Hun arbeidet i 14 år i et stort rom sammen med 8–9 andre personer, hvorav 5–6 røykte kontinuerlig under arbeidet. Hun hadde selv aldri røykt, men hadde vært utsatt for passiv røyking i barndomshjemmet, og hennes ektemann hadde røykt. Hun fikk en typisk røykekreft. Forsäkringsöverretten kom til at det var tilstrekkelig årsakssammenheng mellom den skadelige påvirkningen i arbeidsmiljøet og hennes sykdom og dødsfall, og tilkjente de etterlatte erstatning i en dom fra 1985.<sup>626</sup>

En norsk sak fra 1994 gjelder spørsmålet om yrkesskadedekning etter folketrygdloven ved lungekreft som en kommunalt ansatt agronom mente skyldtes passiv røyking i arbeidssammenheng. Han hadde vært plaget av røyk i felleslokaler og i møter i jordstyret m.v. Han døde av lungekreft, men de etterlatte fikk ikke erstatning. Han hadde eget kontor og møteaktiviteten hadde ikke vært så stor. I denne saken var det ikke dokumentert hvor omfattende påvirkningen fra tobakksrøyk var, og hvor ofte han var utsatt for passiv røyking. Trygderetten kom til at det ikke var tilstrekkelige holdepunkter for at eksposisjonen for tobakksrøyk hadde vært så omfattende at det i dette tilfellet var en rimelig sammenheng mellom faktisk påvirkning og sykdommen/skaden. Retten kom altså til at det ikke var tilstrekkelig bevis for årsakssammenheng mellom den passive røykingen og lungekreften/dødsfallet.<sup>627</sup>

En tredje sak knytter seg til den norske yrkesskadeforsikringen. En 41 årig kvinne fikk lungekreft etter selv å ha røykt i 20 år og arbeidet som bartender i et meget røykfylt diskotek i Stavanger i 15 år. Hun saksøkte sin arbeidsgivers forsikringsselskap (yrkesskadeforsikringen) med krav om erstatning. To medisinske sakkyndige, som var oppnevnt av retten, foretok en vurdering av hvor mye hennes aktive røyking og hvor mye hennes passive røyking i diskoteket kunne anses å ha bidratt til at hun fikk lungekreft. De konkluderte med at hennes aktive røyking hadde bidratt med maksimum 60 prosent mens den passive røykingen hadde bidratt med minst 40 prosent. – Lagmannsretten kom i sin dom fra januar 1999 til at man ikke kunne se bort fra den passive røykingen som ubetydelig. Det var derfor årsakssammenheng

626. Asbjørn Kjønsstad, Retten til å puste i røykfri luft, Lov og Rett 1986 s 205 fl, på s 208-209.

627. Ankesak 3185/90, trykt i Ole-Erik Øie (red), Avgjørelsen av Tygderetten 1994 s 291.



mellom den skadelige påvirkningen i arbeidsmiljøet og hennes helseskade, se nærmere punkt 15.2.4 nedenfor. Erstatningen ble imidlertid redusert med 25 prosent på grunn av hennes egen medvirkning, se nærmere punkt 16.2.2 nedenfor. Spørsmålet om medvirkning er anket til Høyesterett, og vil antakelig bli avgjort i oktober 2000.

Som nevnt blir tobakksindustrien i USA saksøkt for skadevirkningene av passiv røyking. Det er heller ikke utelukket i Norge. I alle fall er det en mulighet for denne bartenderen til å reise sak mot tobakksindustrien for den delen av tapet som eventuelt ikke dekkes av yrkesskadeforsikringen.

En lagmannsrettsdom er av liten vekt som rettskilde. Men prinsipielt er det meget viktig at en norsk domstol har gitt erstatning til en person som er blitt syk på grunn av tobakksrøyk.

#### 11.4.3 Erstatningskrav fra de etterlatte

Når en som har røykt eller vært utsatt for passiv røyking dør av en røykerelatert sykdom, kan det bli spørsmål om de etterlatte kan kreve erstatning for tap av forsørger.

Mulighetene for å vinne fram i slike søksmål vil som regel være de samme som om avdøde hadde reist søksmålet.

Men spørsmålene om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko kan stille seg noe forskjellig, se punkt 16.2.3.

#### 11.4.4 Gruppesøksmål («Class Actions»)

I Norge har vi ikke – som i USA og noen andre land – gruppesøksmål hvor en skadelidts advokat kan kreve erstatning på vegne av en stor gruppe ikke navngitte skadelidte som er i samme stilling, se punkt 9.1.3.

Hos oss må hver enkelt reise sak, og den enkelte sak må bedømmes individuelt. Men flere søksmål kan forenes til én sak, f.eks. søksmål fra arbeidstakere og andre som har fått røykerelaterte sykdommer etter å ha oppholdt seg i samme røykemiljø.

Dertil vil prinsippavgjørelser fra Høyesterett – som kan komme om tre-fire år – kunne få stor betydning for løsningen av andre saker.

#### 11.4.5 Erstatningskrav fra staten

Staten kan bli påført tap enten ved

1. at folketrygden får økte utgifter på grunn av røykerelaterte sykdommer, og
2. at andre statsinstitusjoner (den ordinære statskassen) får slike økte utgifter.

Folketrygden har store utgifter til helsetjenester, sykepenger, rehabiliteringstjenester, attføringsytelser, uførepensjon, etterlatteytelser og ytelser ved yrkessykdommer som kan tilbakeføres til tobakksrøyking. På den annen side *sparer folketrygden store utgifter til alderspensjon* ved at røykere vanligvis dør tidligere enn andre. Skal man da gjøre fradrag for denne «fordelen» etter prinsippet *compensatio lucri cum damno*? Til dette kan det anføres at det er ingen sosialpolitisk målsetting i Norge at folk skal få sykdommer og dø så raskt som mulig etter oppnådd pensjonsalder eller like før dette tidspunktet. Tvert imot: Pensjonssystemets formål er å gi folk en god og økonomisk sikker alderdom – hvor man kan nyte sitt otium.

Det er ikke nødvendig å gå nærmere inn på spørsmålet om hva folketrygden taper og vinner på røykingen, fordi *folketrygdens regressrett er avskåret* ved en positiv lovbestemmelse i skadeserstatningsloven § 3–7 (bortsett fra forsettstilfellene). Et viktig spørsmål er om § 3–7 skal anvendes analogisk eller antitetisk for andre velferdsordninger. Etter vår mening må det alminnelige prinsippet om regress (tilbakesøkningsrett) og erstatningsadgang gjelde for andre velferdsordninger. Se nærmere kapittel 17 nedenfor.

Når det gjelder utgifter til tobakksrelaterte sykdommer som dekkes over det ordinære statsbudsjettet, er det intet lovforbud mot rett til regress. Tobakksindustrien har hevdet at statens inntekter ved *tobakksavgiften* taler mot erstatningsansvar. På den annen side kan det anføres at tobakksavgiften betales av forbrukerne, ikke av tobakksindustrien. Videre er tobakksavgiften ikke øremerket til forebygging og behandling av røykerelaterte sykdommer, men er en skatt som staten har fri disposisjonsrett over. Og ingen kan bli fritatt fra erstatningsansvar fordi man betaler skatt. Se punkt 18.4 nedenfor.

Et annet spørsmål er om staten kan møtes med læren om aksept av risiko.

Det har vært hevdet at staten ikke har brukt sin lovgivningskompetanse til å forby produksjon, import og salg av tobakk. Så lenge tobakken var et landbruksprodukt, var dette uaktuelt. Da man begynte å bli klar over skadevirkningene ved bruk av tobakk, var det allerede en så stor del av befolkningen som hadde blitt dagligrøykere at et totalforbud ville ha blitt et slag i luften, jf erfaringer fra alkoholforbudene i den første delen av 1900-tallet. Det var da mer realistisk å satse på en politikk som tok sikte på å begrense de helseskadene som bruk av tobakk medførte. Tobakksloven av 1973 het opprinnelig lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer. Lovens § 1 har ikke vært endret og lyder: «Formålet med denne lov er å begrense de helseskader som bruk av tobakk medfører.» Dette viser hvor alvorlig myndighetene har sett på de skadevirkningene som knytter seg til bruk av tobakk.

Det er viktig at Norge tidligere og i større grad enn andre land aktivt har brukt lovgivning, avgiftspolitik og andre statlige virkemidler for å redusere tobakksforbruket. Tobakksindustrien har ved nesten enhver anledning forsøkt å forhindre og/eller forsinke nye statlige tiltak; blant annet ved å benekte og minimalisere helserisikoene som knytter seg til tobakksbruk, se vedlegg 8 om tobakksindustriens høringsuttalelser til lover og forskrifter. Dertil har tobakksindustrien ikke informert forbrukerne om helserisikoene som knytter seg til bruk av tobakk, men i stedet intensivert tobakksreklame som har bidratt til å uthule statens og andres informasjonsvirksomhet. Særlig viktig er det at tobakksindustrien (i alle fall i USA) visste om den sterke nikotinavhengigheten allerede fra begynnelsen av 1960-årene, mens dette ble kjent for helsemyndighetene først fra slutten av 1980-årene. Da virker det inkonsekvent hvis nettopp tobakksindustrien skulle slippe erstatningsansvar ved å hevde at staten ikke har benyttet tilstrekkelig sterke virkemidler i kampen mot tobakken.

#### 11.4.6 Erstatningskrav fra sykehuseiere

Enkelsaker av betydelig økonomisk omfang kan vi få i Norge hvis en eller flere fylkeskommuner i egenskap av *sykehuseiere* går til sak mot tobakksindustrien for å kreve erstatning for behandling av tobakksrelaterte sykdommer. Dette vil svare til delstatenes og sykeforsikringsordningenes erstat-

ningssøksmål i USA. Delstatene har oppnådd meget store erstatningsbeløp ved forlik; ca 250 milliarder dollar for alle de 50 delstatene. Særlig kan nevnes at Minnesota, som har en befolkning på størrelse med den norske, fikk en erstatning på 6,1 milliarder dollar. Det har vært antatt at ca 7 prosent av helseutgiftene i USA skyldes tobakksrelaterte sykdommer.

I USA argumenteres det blant annet ut fra læren om ugrunnet berikelse: Når tobakken forårsaker sykdommer som nødvendiggjør behandling, og når tobakksindustrien har hatt store økonomiske fortjenester ved sin virksomhet, bør den også bære utgiftene som knytter seg til denne virksomheten. Det anses urimelig at de alminnelige skattebetalerne og forsikringstakerne skal bære disse utgiftene. Videre kan erstatning fra tobakksindustrien bidra til at sykehusene får mer kapasitet til å behandle andre sykdommer og/eller kan avvikle lange ventekøer.

Tobakksindustrien kan neppe vinne fram overfor sykehuseierne med å hevde at de har akseptert risikoen ved røyking. Sykehuseierne har hatt liten innvirkning på folks røykeadferd. Endel sykehus har drevet røykeavvenning, men pasienter kommer til sykehus først etter at de er blitt alvorlig syke. Sykehusene har i stor grad plikt til å motta pasienter til behandling, se sykehusloven § 6 om øyeblikkelig hjelp og § 12 ellefte ledd som gir hjemmel for forskriften om ventetidsgaranti av 27 juni 1997. Etter den nye pasientrettighetsloven av 2. juli 1999 nr 63 § 2-1 vil folk i prinsippet få et rettskrav på «nødvendig helsehjelp».

Flere sykehus har i våre dager blitt røykfrie, men fortsatt er det ennå ved de fleste sykehus adgang til å kjøpe og/eller bruke tobakksvarer. Tilgangen til tobakksprodukter ved norske sykehus, som én blant en rekke varer i salg ved kiosker og butikker på sykehusområdet, kan imidlertid ikke oppfattes som noen «aksept av risiko» fra sykehusenes side. Og under enhver omstendighet er salget og forbruket av tobakksprodukter ved sykehusene ytterst beskjedent i forhold til det samlede salg og forbruk i landet. Det er således ingen sammenheng mellom salget og forbruket av tobakksprodukter på sykehusområdene og de skadevirkningene som belastes sykehusene.

Mot en rett til erstatning for sykehuseierne har det vært anført at de mottar betydelige tilskudd fra staten, og at staten har store inntekter fra tobakksavgiftene. Til dette kan man gjøre gjeldende de samme innvendingene som i punkt 11.4.5 ovenfor (se også punkt 18.4 nedenfor). Dertil er en fylkeskommune og staten to ulike rettssubjekter; erstatningsplikt overfor den ene kan ikke oppfylles ved betalinger til den andre.

Når det gjelder spørsmålet om utgiftenes størrelse ved behandling av røykerelaterte sykdommer, viser vi til vedlegg 3, 4 og 5. SINTEF har anslått sykehusenes samlede utgifter for 1998 til å utgjøre 1 769 millioner kroner, se vedlegg 5 punkt 4. Knut Ringens anslår utgiftene til 2 344 millioner kroner, se vedlegg 3 punkt 7. Fordelt på fylker (se vedlegg 5 punkt 3) skulle det for eksempel bli 230 millioner kroner for Oslo, 206 millioner kroner for Hordaland og 196 millioner kroner for Akershus, 62 millioner kroner for Øst-Agder og 44 millioner kroner for Finnmark for året 1998.

#### **11.4.7 Søksmål fra kommunene**

Kommunenes utgifter ved røykerelaterte sykdommer omfatter behandling hos almenpraktiserende leger, fysioterapeutisk behandling av røykebein og

andre legemsdeler med svak blodsirkulasjon, sykehjemsplasser for slagpasienter o.l.

På samme måte som fylkeskommunene er de enkelte kommunene egne rettssubjekter, og de mottar rammetilskudd fra staten til blant annet delvis dekning av utgifter som knytter seg til å gi helsehjelp. Dertil har kommunene plikt til å yte nødvendig helsehjelp etter lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr 66 § 2–1. Kommunenes rettsstilling er derfor stort sett den samme som fylkeskommunenes.

Det verserer noen saker hvor kommuner har krevd dekning av utgifter ved opphold i kommunale institusjoner. I en sak dreide det seg om utgifter på tilsammen 20 millioner kroner til opphold, pleie, støttekontakt, fysioterapi m m til en ungdom som ble skadet i trafikken og ble sterkt funksjonshemmet (Skoland II). Oslo byrett ga ikke kommunen medhold i dens krav overfor trafikksforsikringsselskapet.<sup>628</sup> Saken ble brakt inn for lagmannsretten, men kommunen greide ikke å reise tilstrekkelige midler til å forfølge saken videre. En annen sak er bragt inn for Skien byrett.

En del av de samme argumentene kan være aktuelle i saker som kommuner og fylkeskommuner måtte reise overfor tobakksindustrien. Men vektleggingen kan variere etter hvilket erstatningsgrunnlag det er spørsmål om. Dette skal behandles nærmere i kapittel 17.

## **11.5 Hvem kan erstatningskrav reises mot?**

---

### **11.5.1 Oversikt over norsk tobakksindustri**

I 1909 var det 37 registrerte tobakksbedrifter i Norge. De største fabrikkene var Conrad Langaard (554 ansatte), J.L. Tiedemanns tobaksfabrik (232 ansatte), H Petterøe (162 ansatte), Carl F. Johannessen (125 ansatte), J.N. With (97 ansatte) og W. Hartog & co (84 ansatte).

I løpet av mellomkrigstiden etablerte J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik seg som Norges største tobakksprodusent. På denne tiden hadde fabrikken overtatt sigarbedriften J.N. With (1922) og sigarettprodusentene W. Hartog & co (1923), BATCO (1930) og Carl E. Olsen (1935). I perioden 1927–40 sto J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik for nær halvparten av bruttoproduksjonsverdien i tobakksindustrien. Senere ble en rekke andre tobakksprodusenter tilsluttet «Tiedemann-gruppen». Dette var P. Pedersen & sønn i Stavanger (1948), T.M. Nielsen & søn Tobaksfabrik i Larvik (1959), Norsk Kooperative Landsforbund's Tobaksfabrik (1960), O. P. Moe & Søn (siden Rose Tobakk A/S) i Kristiansand (1971) og H. Petterøe tobakksfabrikk (1972).<sup>629</sup>

I 1901 ble Tobakksfabrikkenes Landsforening stiftet. Senere ble Tobakkindustriens Felleskontor opprettet, og har i dag følgende bedrifter som medlemmer, nevnt etter størrelse:

J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik AS  
Conrad Langaard AS  
Gunnar Stenberg AS

---

<sup>628</sup>Se dom av 8. mars 1999 i sak nr 98-03338 A/34 mellom Flekkefjord kommune og Gjensidige forsikring (Skoland II). Dommen er inntatt i RS 1999 s 1431.

<sup>629</sup>Karl Erik Lund, Tobakksprodusenter i Norge, notat av 13. januar 2000.

### A. Asbjørnsens Tobakksfabrik AS

J.L. Tiedemanns Tobakksfabrik AS er produsent, importør og distributør. Conrad Langaard AS er importør og distributør. A. Asbjørnsens Tobakksfabrik AS er produsent. Gunnar Stenberg AS er importør og distributør, blant annet av produktene fra A. Asbjørnsens Tobakksfabrik AS.<sup>630</sup> Tiedemanns og Asbjørnsens er medlemmer av Tobakksfabrikkenes Landsforening av 1901.

Tobakksfabrikkenes Landsforening og Tobakksindustriens Felleskontor har ofte opptrådt på vegne av norsk tobakksindustri. Advokat Arne M. Falch har nå i lengre tid vært daglig leder, og han har undertegnet en rekke brev og uttalelser som er å finne i høringsutalelser, Minnesota-materialet og Guilford-materialet, se vedlegg 8, 9, og 10. Vi vil her ikke ta opp spørsmålet om det kan være grunnlag for å reise erstatningskrav mot Tobakksfabrikkenes landsforening og/eller Tobakksindustriens Felleskontor, slik det er gjort overfor lignende bransjeorganisasjoner i USA.

### 11.5.2 Tiedemanns Tobakksfabrik

Tiedemanns er nå det dominerende tobakksfirmaet i Norge, med en markedssandel på ca 80 prosent. Tiedemannsgruppen omfatter i dag også selskaper som driver med annen virksomhet enn tobakksproduksjon (skismøring, emballasje o.a.). Tobakkselskapet og de andre selskapene er samlet under et felles eierselskap: Tiedemanns Holding AS.

Tiedemanns var lenge et personlig eid firma (enkeltmannsforetak) av suksessive medlemmer av Andresenfamilien. I løpet av de siste årene er eierinteressene gradvis overført fra Johan H. Andresen sen. til Johan H. Andresen jr. Fra 1988 er det registrert et ANS i Foretaksregistret med disse to som interessenter. Fra 1. juli 1998 er Tiedemanns tobakksvirksomhet drevet i aksjeselskaps form, under navnet J.L. Tiedemanns Tobakksfabrik AS. Dette firmaet er nå et heleid datterselskap av det danske firmaet Skandinavisk Tobakkskompani AS. Familien Andresen er minoritetsaksjonærer i dette kompaniet.

I Storvand-saken (se punkt 11.4.1 ovenfor) er sak reist både mot «Tiedemanns Joh. H. Andresen ANS», som har stått for produksjon, markedsføring og salg av den røyktobakk og de sigaretter som Storvand har røykt, og mot «J.L. Tiedemanns Tobakksfabrik AS», som nå driver tobakksvirksomheten – suksessor av det tidligere eide enkeltmannsforetaket og ANS'et.

Omorganiseringer og endringer i selskapsstrukturen vil kunne innebære at det foretak som i sin tid sto for produksjonen og salget av tobakksvarer i den aktuelle skadeperiode, ikke lenger eksisterer. Dette innebærer imidlertid ikke at skadelidte nødvendigvis står oppradd. Hvis det først foreligger grunnlag for erstatningsansvar, må utgangspunktet være at man ikke kan organisere seg bort fra dette. Det gjelder selv om omorganiseringen er forretningsmessig begrunnet, og ikke et forsøk på å unndra seg et mulig erstatningsansvar.

Sentrale momenter i vurderingen av spørsmålet om ansvars plassering i dag, må blant være at virksomheten fortsetter som før, på grunnlag av den formue som er opparbeidet i den eventuelle ansvarsperiode og med de samme hovedaktører som tidligere. I denne forbindelse *kan* det være aktuelt å skjære gjennom selskapsstrukturer. For en skadelidt som tenker på å søke erstatning

630. Brev av 3. desember 1999 til Statens tobakkskaderåd fra Tobakksindustriens Felleskontor ved advokat Arne M. Falch.

av Tiedemanns, vil dette utgjøre viktige, og til dels kompliserte spørsmål, som bør avklares juridisk før et eventuelt saksanlegg. Det faller imidlertid utenfor vår oppgave å redegjøre for denne type enkeltspørsmål i forbindelse med eventuelle søksmål mot de enkelte tobakksselskapene.

### 11.5.3 Personer som har røykt ulike merker

Dersom en person har røykt sigaretter og tobakk fra flere enn ett firma, oppstår spørsmålet om ansvaret mellom dem. Utgangspunktet i norsk rett er solidaransvar, det vil si at alle de involverte selskaper som måtte være erstatningsansvarlige, vil hver for seg hefte overfor skadelidte for dennes fulle tap. I regressomgangen mellom de ulike selskapene, er det som hovedregel et prorataansvar.

Tilsvarende spørsmål oppstår hvis fylkeskommuner reiser saker for å få dekket utgifter til behandling av røykerelaterte sykdommer ved sykehus. I USA har ansvaret i slike tilfeller blitt delt mellom de ulike tobakksfirmaene etter deres markedsandel. Dette vil også kunne være en mulig løsning i Norge, men utgangspunktet må også her være et prinsipielt solidaransvar, og et subsidiært prorataansvar. Opplysninger om markedsandeler kan skaffes fra avgiftsmyndighetene som innkrever tobakksavgifter.

Vi finner ikke grunn til å gå nærmere inn på disse spørsmålene.

### 11.5.4 Spørsmål om søksmål mot utenlandsk tobakksindustri

En betydelig del av de tobakksvarene som har vært solgt i Norge, er importert fra USA, Storbritania og andre land. De som krever erstatning i USA, har hatt betydelig framgang ved forlik og rettsavgjørelser i de senere årene, se kapittel 9 og 10. Det kan hevdes at norske forbrukere og norske sykehuseiere ikke bør ha et svakere erstatningsrettslig vern overfor tobakksindustrien i USA enn amerikanske røykere og sykehuseiere.

Det er reist saker mot tobakksindustrien i USA fra flere latinamerikanske land. Et søksmål fra Guatemala er ikke sluppet inn for domstoler i USA, men det er sannsynlig at avgjørelsen vil bli anket, og at andre saker vil komme opp, se vedlegg 11 og 12.

Vi har innhentet en betenkning fra lagdommer Hans Petter Lundgaard om søksmål mot utenlandsk tobakksindustri, se vedlegg 12. Hovedkonklusjonen er at lovgivningen i saksøkerens hjemland trolig vil komme til anvendelse.

Vi går ikke nærmere inn på disse spørsmålene i denne utredningen

## 11.6 Oversikt over erstatningsvilkår og erstatningsgrunnlag

---

For rett til erstatning må tre hovedvilkår være oppfylt:

1. Skadevolderen må ha opptrådt uaktsomt eller vilkårene for erstatningsansvar på objektivt grunnlag må være oppfylt.

De viktigste ansvarsgrunnlagene er:

- a) Ulovfestet culpaansvar (ansvar ved uaktsomhet, uforsvarlighet, skyld)
- b) Ulovfestet objektivt ansvar (opprinnelig kalt ansvar for farlig bedrift)
- c) Lovfestede objektive ansvarsgrunnlag. Det er ansvar etter kjøpsloven ved mislighold av genusforpliktelser og ansvar etter produktansvarsloven som her er mest aktuelt.

2. Skadelidte må ha blitt påført økonomisk tap eller fått redusert sin livsutfoldelse.
  - a) Reglene om utmåling av erstatning for skadelidte og etterlatte vil ikke bli behandlet i denne utredningen. Her gjelder alminnelige erstatningsrettslige prinsipper som bygger på skadeserstatningsloven kapittel 3, rettspraksis og juridisk litteratur. Hovedprinsippet er at skadelidte skal ha hele sitt fulle individuelle økonomiske tap dekket.
  - b) Spørsmålet om beregning av erstatning for fylkeskommuner og kommuner for behandling av røykerelaterte sykdommer skal behandles i kapittel 18.
3. Det må foreligge adekvat årsakssammenheng mellom (1) og (2).
  - a) Når man skal avgjøre om kausalitet mellom tobakksrøyking og helseskade foreligger, må man dels søke å finne ut hva som faktisk har skjedd, og dels hva som er det rettslige innholdet i begrepet årsakssammenheng.
  - b) Denne årsakssammenhengen må være adekvat eller påregnelig.

Erstatningsvilkårene under punkt (1), (2) og (3) må alle være oppfylt for at erstatning skal kunne kreves; det dreier seg her om kumulative vilkår. Erstatningsgrunnlagene under punkt (1) bokstav (a), (b) og (c) er alternative; det er tilstrekkelig at ansvar kan gjøres gjeldende etter ett av disse grunnlagene. Reglene om erstatningsutmåling under punkt (2) bokstav (a) og (b) gjelder for to ulike situasjoner. Kravene om årsakssammenheng og adekvans under punkt (3) bokstav (a) og (b) er kumulative vilkår; begge må være oppfylt for at erstatning skal kunne gis.

## **11.7 Forutsetninger for å kunne gjennomføre erstatningssaker**

---

### **11.7.1 Innledning**

Dersom de vilkårene som er nevnt i punkt 11.6 ovenfor, og som vi skal gjøre nærmere rede for i kapittel 11 til 19 nedenfor, er oppfylt, foreligger det rett til erstatning. Men for å få utbetalt penger er det ikke tilstrekkelig å ha rett; man må også få rett.

For å kunne gjennomføre en erstatningssak med vellykket resultat, trenger skadelidte nesten alltid en advokat som kan tilrettelegge sakens faktiske og rettslige grunnlag. Når det gjelder det rettslige, vil denne utredningen (særlig kapittel 11 til 19) kunne være til hjelp.

Når det gjelder det faktiske grunnlaget for søksmål, vil utredningens kapittel 2 til 5 og vedlegg 3 til 10 gi informasjon. Dertil er det viktig med medisinsk sakkyndighet som kan belyse betydningen av den enkeltes tobakksforbruk for utviklingen av skade, sykdom og dødsfall, se punkt 12.6 og 15.2. Endelig kan det være viktig å få innsikt i tobakksindustriens virksomhet, hva den har visst om helseskader og nikotinavhengighet m.m. I USA var tilgangen til dokumenter fra tobakksselskapenes arkiver avgjørende for at tobakksskadde personer begynte å vinne fram i rettsapparatet fra midten av 1990-årene. Dokumentavsløringer dannet også bakgrunnen for de store

tobakksforlikene om offentlige myndigheters sykehusutgifter. Se kapittel 6 til 10 ovenfor.

I det følgende skal vi begrense oss til å komme med noen synspunkter på spørsmålene om rettshjelp og dokumentinnsyn.

### 11.7.2 Rettshjelp

Som utgangspunkt må den enkelte selv bekoste advokatbistand. Dersom saken tapes, må man som regel også erstatte motpartens saksomkostninger, herunder motpartens advokatutgifter.

Mange har rettshjelpsforsikring, kombinert hjemforsikring og/eller annen forsikring som dekker advokatutgifter i en rekke type saker. Den enkeltes forsikringsvilkår vil være avgjørende for om utgiftene til en tobakkserstatningssak vil kunne dekkes av forsikringen.

Lov om fri rettshjelp av 13 juni 1980 nr 5 hjemler fri rettshjelp til enkeltpersoner til dekning av juridiske kostnader og utgifter til annen sakkyndig bistand.

Retten til rettshjelp er behovsprøvd, og inntekts- og formuesgrenser fastsettes av Justisdepartementet. For å få rett til fri rettshjelp etter gjeldende forskrifter, må man ha en årlig bruttoinntekt som ikke er høyere enn 150 000 til 170 000 kroner, avhengig av forsørgelsesansvar. Dessuten er det en netto formuesgrense på 100 000 kroner.<sup>631</sup> Det er adgang til å dispensere fra lovens inntektsgrenser, men i praksis skjer det sjelden.<sup>632</sup>

Rettshjelpsloven § 18 skiller mellom prioriterte og uprioriterte sakstyper. Blant de prioriterte er saker om erstatning for personskade og tap av forsørger. Tobakkssaker fra enkeltindivider er derfor omfattet av rettshjelpssordningen.

Det kreves videre at «det aktuelle problem åpenbart har så stor personlig og velferdsmessig betydning for vedkommende at det etter en samlet vurdering er rimelig at det offentlige yter fri rettshjelp. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på sakens art, søkerens mulighet til å vinne fram med sin sak og sakens eventuelle prinsipielle interesse» (§ 17 andre ledd).

Det vil framgå av kapittel 12 til 16 at mange skadelidte vil ha betydelige muligheter til å vinne fram med sine saker, og at dette vil være saker av stor prinsipiell interesse. Det dreier seg om «problemer som berører mange forbrukere» av «et masseprodusert produkt som er farlig eller mangelfullt», som er «av stor betydning for liv, frihet og helse», og man «er tjent med at slike saker får sin avklaring ved de alminnelige domstolene.»<sup>633</sup>

Det særpreger erstatningssakene ved tobakksskader at det er en manglende jevnbyrdighet mellom saksøker og saksøkt, at sakskomplekset er stort og til dels særdeles komplisert, at det absolutt er behov for sakkyndig bistand, og at arbeidet med sakene er tidkrevende, omfattende og kostbart. Dette vil særlig gjelde de første sakene som måtte bli prøvd. Samtidig kan risikoen føles stor for enkeltindividet når nye og prinsipielle rettsspørsmål bringes inn for domstolene til avklaring. Det er svært mange som er påført helseskader av

631.Se forskrift om fri rettshjelp fastsatt av Justis og politidepartementet 22 oktober 1996 § 1-1.

632.Se St. meld. nr 25 for 1999-2000 (Om fri rettshjelp) s 34.

633.Sitatene er hentet fra St. meld. nr 25 for 1999-2000 s 48.



tobakk. Det samlede antall dødfall forårsaket av røyking i Norge i dag, er beregnet til ca 7 500 årlig. Det må kunne sies å være en samfunnsinteresse å få avklart rettstilstanden på dette området.

På denne bakgrunn bør domstolene, Justis-departementet og fylkesmennene praktisere regelverket om fri rettshjelp slik at det kan sikre en reell mulighet for å få avgjort denne type søksmål i norsk rett. Dispensasjonsreglene i rettshjelpsloven når det gjelder inntekts- og formuesgrensene bør praktiseres slik at loven i det minste kan gi grunnlag for å finansiere noen prøvesaker uten store personlige økonomiske belastninger for skadelidte.

### **11.7.3 Dokumentinnsyn**

#### **11.7.3.1 Innledning**

En viktig grunn til gjennombruddet i erstatningssøksmålene mot tobakksindustrien i USA var de enorme mengdene med interne dokumenter som gjennom saksprosessene løpende ble frigjort fra tobakksselskapenes arkiver. I forbindelse med rettsprosesser i USA vil saksøker etter omstendighetene kunne ha ganske omfattende innsynsrett, særlig hvis saksøker kan sannsynliggjøre tilbakeholdelse av informasjon, bedrag, lovbrudd osv.

I forbindelse med vårt arbeid har vi bare hatt tilgang slike dokumenter i den grad de er frigitt som et resultat av tobakkserstatningssøksmålene i USA. Se vedlegg 9 og 10 om Minnesota-materialet og Guildford-materialet. Dokumenter som knytter seg til den norske tobakksindustrien burde framlegges direkte av norsk industri overfor norske helsemyndigheter og domstoler.

I det følgende gis det en kort gjennomgang av reglene i den norske prosesslovgivningen om plikten til å framlegge dokumentbevis når det kreves av en annen part.

#### **11.7.3.2 Oversikt**

Tvistemålsloven kapittel 19 inneholder regler om plikt til å framlegge «skriftlige bevis» (av og til kalt edisjonsplikten). Begrepet «skriftlig» eller «dokument» må ikke tas helt bokstavelig. Det er informasjonens innhold som er det avgjørende, ikke uttrykksform eller forum. Det er således på det rene at begrepet «skriftlige bevis» eller «dokumentbevis» også omfatter slikt som tekniske tegninger, fotografier, malerier, røntgenbilder, lydopptak, filmopptak osv, og uvahengig av om det nedfelt i skrift på papir, elektronisk lagret eller lagret på annen måte.<sup>634</sup>

Hovedregelen står i tvistemålsloven § 250. Dersom dokumentbevis begjæres framlagt av den ene part eller av retten (jf tvistemålsloven § 190), plikter vedkommende som begjæringen er rettet mot, som hovedregel å legge fram dokumentet. Dette gjelder også en eventuell tredjemann som måtte ha dokumentene i sin besittelse, jf tvistemålsloven § 251. Det er grunn til å understreke at en parts framleggelsesplikt gjelder selv om opplysningene som kreves utlevert, ikke taler til hans fordel.<sup>635</sup>

634.Jo Hov, Rettergang i sivile saker, 1994 s 404; Tore Schei; Tvistemålsloven II, Oslo 1998 s 766; og Jens Edvin A. Skoghøy, Tvistemål 1998 s 599-600.

635.Jo Hov, Rettergang I, Oslo 1999 s 222.

Når det nærmere innholdet av framleggelsesplikten skal bestemmes, må det skilles mellom det tilfellet at plikten til utlevering gjelder uavhengig av om rettsak er innledet mellom partene eller ikke (den materielle framleggelsesplikt), og det tilfellet at framleggelsesplikten følger av saksanlegget (den prosessuelle framleggelsesplikt).<sup>636</sup> Det er kun det sistnevnte tilfellet som egentlig vedrører den såkalte edisjonsplikt, og som er den aktuelle problemstillingen for oss i det følgende, det vil si tvistemålsloven § 250 første ledd (jf også § 251 nr 2).

Dersom det foreligger utleveringsplikt etter det underliggende rettsforhold mellom partene *utenfor* en rettstvist, så vil utleveringsplikten selvsagt også gjelde i forbindelse med en rettstvist, jf tvistemålsloven § 250 andre ledd og § 251 nr 1. Plikten til å utlevere informasjon til den andre part (eller andre) kan for eksempel følge av kontraktsforhold, lov eller ulovfestet rett. I forbindelse med tobakksskader har for eksempel offentlige myndigheter krav på informasjon fra tobakksindustrien i henhold til tobakksskadeloven.

#### **11.7.3.3 Framleggelsesplikten gjelder opplysninger om faktiske forhold**

Det er et grunnvilkår at begjæringen om framleggelse må gjelde dokumenter som inneholder opplysninger om faktiske omstendigheter som kan tjene som bevis for den begjærende part.<sup>637</sup>

I dette ligger det for det første et krav om relevans: Opplysningene må kunne tjene som bevis; det vil si at de forhold som begjæres opplyst må ha betydning for den aktuelle saken.

For det andre ligger det her en saklig begrensning knyttet til opplysningenes karakter: Framleggelsesbegjæringen må gjelde *faktiske* omstendigheter. Man kan for eksempel ikke kreve framlagt slikt som juridiske betenkninger, subjektive vurderinger, sakkyndige vurderinger osv. I tobakksrettsaker vil faktiske opplysninger for eksempel være opplysninger om produktenes innhold og virkninger, opplysninger om tobakksselskapenes eventuelle resultater fra egen medisinske forskning, opplysninger om eventuelle forskningsresultater, produktinformasjon som måtte være formidlet fra den internasjonale tobakksindustrien osv. Det kreves også at opplysningene har bevisverdi i saken.

Dersom ett og samme dokument skulle inneholde dels opplysninger som kan kreves framlagt og dels opplysninger som ikke kan kreves framlagt, må hele dokumentet overgis til retten. Retten kan så trekke ut den delen av dokumentet som kan kreves framlagt, jf også tvistemålsloven § 252 andre ledd.<sup>638</sup>

#### **11.7.3.4 Framleggelsesplikten gjelder ikke opplysninger som vitner har rett eller plikt til å nekte å forklare seg om**

Selv om et dokument inneholder opplysninger om faktiske forhold, kan det ikke kreves framlagt dersom vedkommende kunne ha nektet å forklare seg om de aktuelle omstendighetene etter reglene om vitners forklaringsplikt,

636. Jens Edvin A. Skoghøy, *Tvistemål*, Oslo 1998 s 602.

637. Tore Schei, *Tvistemålsloven II*, Oslo 1998 s 766; Jens Edvin A. Skoghøy, *Tvistemål*, Oslo 1998 s 608; og Jo Hov, *Rettergang I*, Oslo 1999 s 222.

638. Tore Schei, *Tvistemålsloven II*, Oslo 1998 s 778-779; og Jens Edvin A. Skoghøy, *Tvistemål*, Oslo 1998 s 608.

eller det gjelder forhold som det er forbudt å motta vitnemål om, jf tvistemålsloven §§ 250 første ledd og 251 nr 2. Det er særlig reglene i tvistemålsloven §§ 204 til 209a som er aktuelle. Dette er regler som særlig verner om konfidensialitet i ulike forhold, for eksempel mellom pasient og lege, mellom klient og advokat, mellom en som skrifter og prest o.l.

I tobakkserstatningssaker er det kanskje spesielt aktuelt å reise spørsmål om tobakksselskapene kan nekte å framlegge dokumenter under henvisning til at det dreier seg om forretningshemmeligheter, slik tobakksselskapene i Norge har gjort ved flere anledninger hvor det er blitt spurt om informasjon om produktenes innhold og tilsetningsstoffer.

Etter tvistemålsloven § 209 første ledd kan et vitne nekte å svare på spørsmål når det ikke kan svare uten å åpenbare en forretnings- eller driftshemmelighet. Som utgangspunkt kan man altså ikke kreve framlagt dokumenter om faktiske forhold som vedrører forretningshemmeligheter. For at noe skal kunne regnes som en forretningshemmelighet, må det være tale om forhold som er så lite kjent utenfor virksomheten at det er av *konkurransesmessig* betydning å holde opplysningen hemmelig.<sup>639</sup>

Regelen i tvistemålsloven § 209 første ledd er imidlertid ikke absolutt. Etter andre ledd kan nemlig retten beslutte at opplysningen likevel skal gis dersom retten «etter en avveining av de stridende interesser finner det påkrevd». Retten kan i denne forbindelse bestemme at offentligheten skal holdes utenfor rettsmøtet og at partene gis pålegg om taushetsplikt. I den interesseavveining retten må foreta, vil sentrale momenter være hvor viktig opplysning det er tale om, hvor tungtveiende grunner det er for å nekte framleggelse av opplysningen, og de mulige skadevirkninger av framleggelse.<sup>640</sup> I rettspraksis er det lagt til grunn at det skal ganske meget til for at en part pålegges å framlegge opplysninger som vedrører forretningshemmeligheter.<sup>641</sup>

Vi vil tro at opplysninger om et aktuelt tobakksprodukts innhold, særlig om bruk av tilsetningsstoffer som kan belyse spørsmålet om helseskadelige virkninger og/eller om nikotinavhengighet, typisk vil måtte anses som viktig i en erstatningsrettslig vurdering. Slike opplysninger kan neppe nektes framlagt under henvisning til at det dreier seg om forretningshemmeligheter.

#### **11.7.3.5 Begjæringen om framleggelse må konkretiseres**

I rettspraksis er det lagt til grunn som et vilkår for framleggelsesplikt at begjæringen bestemt må angi det eller de dokumenter som det ønskes innsyn i, gjerne kalt individualiseringsvilkåret.<sup>642</sup> Begrunnelsen for dette vilkåret er at domstolene ellers ikke ville kunne ta stilling til om dokumentet er av en slik art at det kan kreves framlagt. Individualiseringsvilkåret innebærer at man for eksempel ikke kan kreve framlagt «ethvert dokument som har betydning for

639. Tore Schei, Tvistemålsloven II, Oslo 1998 s 707-708; og Jens Edvin A. Skoghøy, Tvistemål, Oslo 1998 s 580.

640. Tore Schei, Tvistemålsloven II, Oslo 1998 s 708; Jens Edvin A. Skoghøy, Tvistemål, Oslo 1998 s 581; og Jo Hov, Rettergang I, Oslo 1999 s 216.

641. Jens Edvin A. Skoghøy, Tvistemål, Oslo 1998 s 581.

642. Tore Schei, Tvistemålsloven II, Oslo 1998 s 780-783; Jens Edvin A. Skoghøy, Tvistemål, Oslo 1998 s 609-610; og Jo Hov, Rettergang I, Oslo 1999 s 223-224.

saken». <sup>643</sup> Det er videre antatt at det som utgangspunkt ikke kan gis pålegg om framleggelse av alle dokumenter om et nærmere bestemt saksforhold eller all korrespondanse som vedkommende måtte ha hatt med en bestemt person. <sup>644</sup>

På den annen side er det intet krav om at dato, journalnummer eller andre bestemte kjennetegn ved dokumentet angis. Det må være tilstrekkelig at dokumentkategori og/eller tema er så presist angitt at det er rimelig klart hvilke dokumenter det siktes til. <sup>645</sup> I rettspraksis er det understreket at individualiseringskravet ikke må praktiseres så strengt at det blir et hinder for korrekt opplysning av saken. <sup>646</sup> Kravet til individualisering må ses i forhold til blant annet muligheten for nærmere spesifisering etter hvert. Således vil et krav om framleggelse av samtlige dokumenter vedrørende et bestemt forhold, etter omstendighetene kunne utgjøre tilstrekkelig individualisering. <sup>647</sup>

#### **11.7.3.6 Avsluttende bemerkninger**

Twistemålslovens regler innebærer en nokså omfattende framleggingsplikt. Vi finner imidlertid grunn til å reise spørsmål om reglene er tilstrekkelige, både om framleggingsplikten som sådan og om hvordan framleggelsen skal foregå.

Det er et problem at det i det store og hele er helt opp til den som mottar framleggingsbegjæringen om dokumentet faktisk blir framlagt eller ikke. Riktignok kan det utferdiges et domstolspålegg om framleggelse, og om nødvendig kan dette pålegget tvangsfullbyrdes. Men dette hindrer ikke at adressaten for begjæringen (eller pålegget) påstår at dokumentet ikke finnes, gjemmer det bort, destruerer det eller på annen måte unndrar det fra innsyn.

Nå kan selvsagt ingen regler fullt ut hindre denne type unndragelser. Men det er mulig at det bør vurderes om det bør gis regler som kan gi en viss adgang til å foreta søk eller gjennomgang av interne arkiver m. m. dersom det foreligger begrunnet mistanke om at informasjon av vesentlig betydning holdes tilbake eller det er grunn til mistanke om at det spekuleres i konfidensialitetsreglene. Man kunne i disse tilfellene tenke seg en begrenset adgang for retten, eller en representant for retten, til å gå gjennom interne arkiver eller en større dokumentmengde. Hensikten kan dels være å kontrollere at framleggingsplikten/-pålegget overholdes og dels å ivareta nødvendige konfidensialitetshensyn. Vi tror at det på dette området kan være nyttige erfaringer å hente fra utlandet, blant annet fra USA.

### **11.8 Problemstillinger og plan for framstillingen av norsk rett**

---

Det er et viktig spørsmål om en skadelidt som selv har røykt eller vært utsatt for passiv røyking, kan kreve erstatning for utgifter som ikke dekkes gjennom

643.Jo Hov, Rettergang I, Oslo 1999 s 223-224.

644.Tore Schei, Twistemålsloven II, Oslo 1998 s 780; og Jens Edvin A. Skoghøy, Twistemål, Oslo 1998 s 610.

645.Jens Edvin A. Skoghøy, Twistemål, Oslo 1998 s 611.

646.Jens Edvin A. Skoghøy, Twistemål, Oslo 1998 s 611 med nærmere henvisninger.

647.Tore Schei, Twistemålsloven II, Oslo 1998 s 781 med nærmere henvisninger.

offentlige ordninger. Dersom vedkommende dør, er det spørsmål om de etterlatte kan kreve erstatning.

Her i Del III skal vi først drøfte de viktigste erstatningsgrunnlagene (culpanormen, ulovfestet objektivt ansvar og produktansvar) i kapittel 12, 13 og 14. Deretter skal vi i kapittel 15 drøfte kravene om årsakssammenheng og adekvans, og i kapittel 16 skadelidtes medvirkning og aksept av risiko.

I Del IV skal vi drøfte noen mer spesielle erstatningsrettslige spørsmål som oppstår i forbindelse med eventuelle erstatningskrav fra offentlige myndigheter. Kapittel 17 og 18 dreier seg om eventuelle søksmål fra fylkeskommunene for å få dekket sykehusutgifter som skyldes behandling av røykerelaterte sykdommer.

I kapittel 19 skal vi drøfte spørsmål om foreldelse av krav om erstatning overfor tobakksindustrien. Dette kapitlet er felles for erstatningskrav fra privatpersoner og fra offentlige myndigheter.

Kapittel 20 består av en alfabetisk oversikt over det kildematerialet som denne utredningen bygger på.

Som nevnt i punkt 11.1 baseres framstillingen i kapittel 11 til 19 seg på norsk rett. Det er ikke spørsmål om å innføre «amerikanske tilstander» i norsk erstatningsrett, slik enkelte advokater fra tobakksindustrien synes å legge til grunn.<sup>648</sup> Vi vil gjøre rede for almene synspunkter som Norges høyesterett benytter ved spørsmålet om culpaansvar, objektivt ansvar, årsakssammenheng, adekvans, aksept av risiko mm. Deretter vil vi vurdere hvilken betydning disse synspunktene kan få i eventuelle saker om norsk tobakksindustriens erstatningsansvar.

648. Se Magnus Hellesylt (advokat for Philip Morris): Kan fylkeskommunene kreve sykehusutgifter erstattet?, Kommunal Rapport 16 mars 2000; og Harald Hjort (advokat for Tiedemanns tobakksfabrik): En annen røyk, Dagens Næringsliv 11 april 2000.

## Kapittel 12

# Culpanormen og tobakksskader

### 12.1 Innledning

---

I dette kapitlet skal vi drøfte om tobakksindustrien kan bli ansvarlig etter culpanormen. Vi vil dels gjøre rede for de momentene som rettspraksis og rettsteorien legger vekt på ved culpavurderingen, og dels analysere hvilken betydning disse momentene får når det skal vurderes om norsk tobakksindustri har vært tilstrekkelig aktsom og forsvarlig.

Vi vil her bygge på rettspraksis fra Norges høyesterett og standardverker i nyere norsk erstatningsrett – særlig lærebøkene til Kristen Andersen, Nils Nygaard og Peter Lødrup. Kristen Andersens bok fra 1970,<sup>649</sup> viser hovedsakelig til rettspraksis fra 1950- og 1960-årene, og boken hadde stor betydning i 1970-årene. Søksmål mot tobakksindustrien som reises i dag, knytter seg først og fremst til røyking som startet omkring denne tiden, og det er et viktig spørsmål om tobakksindustrien den gang opptrådte forsvarlig.

Culpavurderingen skjer etter at skade er inntrådt, men vurderingen må knyttes til de kunnskaper og den erkjennelse man hadde på handlingstiden.<sup>650</sup> Man skal ikke gi seg «etterpåkløskskapen i vald ... Det kritiske tidspunkt er da han sist kunne handla annleis slik at hans bidrag til skaden var unngått».<sup>651</sup>

### 12.2 Bonus pater familias

---

#### 12.2.1 En rollemodell ved culpavurderingen

Det har vært alminnelig å formulere culpanormen under henvisning til begrepet *bonus pater familias*. Man sammenligner da skadevolderens handlemåte med hvordan en alminnelig forstandig mann eller kvinne ville ha opptrådt i en tilsvarende situasjon.

Peter Lødrup uttrykker bonus pater familias-standardens slik: «Hva ville en normal, fornuftig og samvittighetsfull borger gjort i et tilfelle som dette? ... Den handlemåte som fyller kravene til det forsvarlige, er ikke den perfekte handlemåte. En bonus pater familias er utrustet med menneskelige svakheter og mangler».<sup>652</sup>

Kristen Andersen er ikke særlig begeistret for bonus pater familias-standardens. Hans formulering av culpanormen

«går ut på at man ved avgjørelsen av om en skadevoldende handling er culpøs ... skal legge utslagsgivende vekt på hvorvidt den med hensyn til aktsomhet eller forsvarlighet objektivt sett i alt vesentlig tilfredsstillende – eller ikke tilfredsstillende – hva man i handlingssituasjoner av den

---

649.Kristen Andersen, Skadeforvoldelse og erstatning, Oslo 1970.

650.Peter Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, Oslo 1999 s 149.

651.Nils Nygaard, Skade og ansvar, Oslo 2000 s 147 og 186.

652.Peter Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, Oslo 1999 s 127.

foreliggende art faglig, sosialt og menneskelig finner det rimelig å kreve.»<sup>653</sup>

Etter vår mening gir en slik «kort» formulering av culpanormen en viss veiledning, men er ikke av så stor verdi. Man kan ikke ved å tolke de enkelte ord og uttrykk i formuleringen finne ut så mye om hva som skal til for at en handling skal betegnes som culpøs.

### 12.2.2 Momentliste som utgangspunkt ved culpavurderingen

Spørsmålet om en handling er culpøs kan ikke bare avgjøres etter en sammenlikning med bonus pater familias eller andre modeller; man må foreta en vurdering av en rekke momenter. Oppgaven her blir å finne fram til og belyse de viktigste momentene som våre domstoler pleier å tillegge vekt ved culpavurderingen. Når man skal avgjøre en konkret erstatningsrettslig tvist, må man foreta en helhetsvurdering hvor disse og andre relevante momenter tillegges vekt.

På en del rettsområder, for eksempel når det gjelder legeansvaret, har man tidligere dommer fra Høyesterett som knytter seg til et saksforhold som ligner på det man nå står overfor; da vil disse som regel være avgjørende for hvordan et rettstilfelle skal løses. Når det gjelder erstatningsansvar for tobakksindustrien, finnes det imidlertid ikke dommer som direkte angår spørsmålet. Men av tidligere dommer kan det trekkes visse slutninger om hvilke synspunkter domstolene pleier å legge vekt på. Det er dette som skal behandles i det følgende.

## 12.3 Etikkens krav

---

### 12.3.1 Generelt om etikk og culpa

Det har i erstatningsrettsteorien vært en tendens til å gi begrepet culpa et moralsk innhold. Den kristne moral eller andre moralsystemer stempler visse handlinger som utillatelige. Særlig kjent for å legge vekt på etikken, er den store tyske juristen Ihering, *Das Schuldmoment im römischen Recht*, 1867.

I moderne tid har det vært en tendens til å ville avmoralisere culpanormen. Det er klart at en handling kan bli å betrakte som culpøs selv om den fra et moralsk synspunkt må anses forsvarlig. Og omvendt kan en moralsk forsvarlig handling bli å anse som erstatningsrettslig uforsvarlig.

Men oftest vil man oppleve at etisk angripelige handlinger er culpøse og at etisk uangripelige handlinger går klar av culpanormen. Poenget er imidlertid at det ikke alltid eksisterer noen slik samvariasjon.<sup>654</sup>

Et problem ved å legge vekt på om en handling er moralsk forsvarlig, er at det ikke er gitt hvilke handlinger som er moralsk angripelige og hvilke som er moralsk uangripelige. Moraloppfatningene i ulike grupper i samfunnet er som kjent nokså forskjellige. Man må i tilfelle bare bygge på moraloppfatninger som er alminnelig utbredte.

653.Kristen Andersen, *Skadeforvoldelse og erstatning*, Oslo 1970 s 71.

654.Se Nils Nygaard, *Aktløysevurderinga*, Bergen 1973 s 169-186; og Nils Nygaard, *Skade og ansvar*, Bergen 2000 s 203.

### 12.3.2 Har tobakksindustrien opptrådt etisk klanderverdig?

Visse moralnormer er det meget stor enighet om. Det gjelder for eksempel at man ikke skal lyve og at man ikke skal skjule vesentlige opplysninger for sine nærstående og medkontrahenter. Her vil tobakksindustriens bagatelliseringer og benektinger av helseskader og nikotinavhengighet som knytter seg til bruk av tobakk, være viktig.

På en rekke områder skaffet den amerikanske tobakksindustrien seg kunnskap om helserisiko og nikotinavhengighet lenge før den medisinske vitenskap og helsemyndighetene, se kapittel 6. Slik kunnskap ble ikke formidlet til helsemyndighetene og forbrukerne, se kapittel 7. Dette er en fortællelse som klart nok er moralsk og rettslig klanderverdig.

Ved en erstatningsrettslig culpavurdering blir det sentralt å kartlegge hva norsk tobakksindustri har visst eller burde ha visst om helseskader og nikotinavhengighet til en enhver tid. Det må legges til grunn som utgangspunkt for vurderingen at den norske tobakksindustrien i alle fall burde ha skaffet seg kunnskap om helseskader og nikotinavhengighet som ble omtalt i rapporter fra Helsedirektørene i Norge, USA, Storbritannia og WHO samt informasjon som er formidlet gjennom Tidsskrift for Den norske lægeforening, se kapittel 4 ovenfor. Dette må sammenholdes med det tobakksindustrien har meddelt almenheten og myndighetene – gjennom tobakksreklame, som deltaker i samfunnsdebatten og som premissleverandør til departement, Regjering og Storting i forbindelse med nye lover, forskrifter, tobakksavgifter og andre tiltak.

Innenfor de rammer som vi har hatt for denne utredningen, har det ikke vært mulig å gi et fullstendig bilde av norsk tobakksindustriens kunnskaper om helseskader og nikotinavhengighet, til hvilken tid den fikk kunnskapen, hvordan det er tatt hensyn til slike kunnskaper ved import, produksjon og markedsføring, og hvordan representanter for norsk tobakksindustri har opptrådt utad. Viktige elementer til forståelsen av dette framgår imidlertid av flere vedlegg til denne utredningen.

Vi viser til vedlegg 6 (Ukeblad-undersøkelsen), vedlegg 7 (Aftenposten-undersøkelsen), vedlegg 8 (Undersøkelse av norsk tobakksindustriens høringssuttalelser), vedlegg 9 (Minnesota-materialet) og vedlegg 10 (Guildford-materialet). Det er viktig at dette arbeidet videreføres, og at ytterligere undersøkelser foretas.

### 12.3.3 Særlig om den norske tobakksindustriens kunnskaper om sine produkter

Ut fra de undersøkelsene som vi har foretatt, er det grunn til å anta at den norske industrien må ha visst noe mer om sine produkter og produktenes virkninger enn det industrien har gitt til kjenne, og gir til kjenne den dag i dag.

Det er på det rene at det gjennom alle år har vært en meget nær kontakt mellom den norske og den amerikanske tobakksindustrien. Dette framgår blant annet av en rekke dokumenter og brevvekslinger som er offentliggjort ved tobakksarkivene i Minnesota i USA og Guildford i Storbritannia. Se for eksempel vedlegg 9 og 10. At det har vært kontakt mellom norsk og amerikansk tobakksindustri, er i seg selv verken overraskende eller oppsiktsvekkende når man tar i betraktning at amerikansk tobakk i stor grad importeres til



Norge. Kontakten mellom norsk og amerikansk tobakksindustri synes imidlertid ikke å ha vært begrenset til det rent forretningsmessige.

Opp gjennom årene har man fra den amerikanske industris side holdt et visst øye med Norge, særlig i forbindelse med lovreguleringer av det norske tobakksmarkedet. Selv om det norske markedet har relativt liten økonomisk betydning for de store tobakkselskapene i USA, har det vært en viss frykt for at de inngripende lovvedtak som ble gjennomført i Norge i begynnelsen av 1970-årene, skulle kunne «smitte over» til andre land. I denne forbindelse er det nedlagt et stort arbeid – i hvert fall delvis i regi av den norske tobakksindustrien – i å oversette lovforslag, avisartikler, forbrukerundersøkelser m.v. for å holde den amerikanske industrien løpende orientert om debatten og tobakksmarkedet i Norge. Dokumenter viser blant annet at det mellom norsk og amerikansk tobakksindustri har vært en nokså utstrakt dialog og diskusjon om hvordan den norske tobakksindustrien best kunne argumentere mot og møte reguleringsforslag. Helse spørsmål i forbindelse med tobakksbruk har stått sentralt i lobbyvirksomheten og aktiviteten overfor norske myndigheter. De norske tiltakene har vært begrunnet ut fra tobakkens helseskadelige virkninger, og da har helseargumenter vært viktige.

Det er i seg selv selvsagt intet galt eller ansvarsbetingende i en forretningsmessig kontakt mellom norsk og amerikansk tobakksindustri. Men omfanget og karakteren av forbindelsene, viser at man på tvers av landegrensene har vært opptatt av å koordinere og samordne sine argumenter og opptreden overfor markedet og myndighetene. I så måte ser det ut til å være en forbløffende likhet mellom amerikansk og norsk tobakksindustri formuleringer av tilbakevisninger av at tobakk er helseskadelig. Selv om nærmere undersøkelser er ønskelig for å avklare disse forholdene nærmere, er det på bakgrunn av det materiale som vi har gjennomgått rimelig grunn til å anta at i det minste *noe* av den forskningskunnskap om helsevirkninger som man satt inne med i USA, må ha blitt formidlet til den norske tobakksindustrien.

En annen problemstilling av stor interesse i en erstatningsrettslig vurdering, er spørsmålet om produktendringer og bruk av tilsetningsstoffer. Fra den amerikanske tobakksindustrien kjenner man i dag til at tobakksprodukter, især sigaretter, slett ikke er såkalt rene natur- eller landbruksprodukter, men tvert imot meget avansert tilvirkede og høyteknologiske produkter. Produktene gjennomgår en omfattende endringsprosess, hvor en rekke tilsetningsstoffer inngår og hvor nikotinvirkningen forsterkes og rendyrkes. Se nærmere i kapittel 2 og 6 ovenfor. Det har vist seg at under forbrenning av tobakken kan flere av tilsetningsstoffene reagere med andre stoffer i tobakken og skape helsefarlige forbindelser. Tobakksindustriens raffinerte kjemiske produksjonsprosesser og bruken av tilsetningsstoffer er blitt kjent først i de senere årene.

Tobakksindustrien har verken i USA eller i Norge på noe vis sørget for å opplyse om at det i produksjonen av tobakksvarer inngår en rekke tilsetningsstoffer. Dette er informasjon som åpenbart er av betydning, så vel for myndigheter, forbrukere og den medisinske forskning. Riktignok berører dette forretningsmessige hemmeligheter, men det er mulig å gi informasjon om innhold uten at forretningsinteresser trås for nær. Dertil er helseinteresser viktigere enn forretningsinteresser. På tross av gjentatte forespørsler har norske helsemyndigheter ennå ikke fått tilfredsstillende informasjon om

hvilke tilsetningsstoffer som har vært tatt i bruk og som tas i bruk i tobakksprodukter som er i salg på det norske markedet.

Generelt uttales det bestemt fra den norske industris side at formålet med tilsetningsstoffer er å påvirke smak, fuktighet osv, altså mer tekniske og helsemessig ubetydelige forhold. Igjen ser man fra norsk side uttalelser som i påfallende grad er sammenfallende med hva den amerikanske tobakksindustrien framholder. Verken i USA eller i Norge sies det noe om at tilsetningsstoffene også kan ha andre formål, slik som å påvirke røykens pH-verdi og dermed nikotinvirkingen.

Innen den amerikanske tobakksindustrien må det i dag anses bevist at industrien lenge har kjent til at nikotin er avhengighetsskapende og at industrien gjennom en ytterst avansert produktforskning har utviklet en rekke metoder for å effektivisere og optimalisere denne virkningen på brukeren, se kapittel 2 og 6 ovenfor. Inntil nylig har dette vært den amerikanske tobakksindustris best bevarte hemmelighet, og vi vet ikke om den amerikanske industrien har delt denne informasjonen med tobakksselskapene i Norge. Men det framstår som usannsynlig at den norske industrien overhodet ikke har hatt noen som helst informasjon om nikotinets avhengighetsskapende virkninger og betydningen av tilsetningsstoffer. Når for eksempel norske tobakksselskaper importerer og/eller framstiller amerikanske sigarettmerker på lisens eller etter oppskrift fra utlandet, eventuelt med små nasjonale variasjoner, må det antas at de norske selskapene vet noe om ingrediensene og deres formål.

Avslutningsvis i dette punktet vil vi framheve at det etter culpanormen ikke er nødvendig for skadelidte å føre bevis for at den norske tobakksindustrien har hatt positiv kunnskap om helseskader og nikotinavhengighet. Det er tilstrekkelig å *sannsynliggjøre* dette og/eller at tobakksindustrien *burde* ha skaffet seg kunnskap om helseskadene og nikotinavhengigheten eller *burde* ha innsett at deres produkter hadde slike virkninger.

## 12.4 Sedvanlig opptreden

---

### 12.4.1 Generelt om vanlig framgangsmåte

Man kan ofte se i domspremisser at det legges vekt på hva som er vanlig framgangsmåte på det feltet hvor det er forvoldt skade. Det er bonus pater familias-betraktninger som tillegges vekt. Den som opptrer som en god familiefar eller god familiemor skal ikke bli erstatningsansvarlig, mens den som ikke lever opp til denne standarden, skal betale erstatning for sin skadeforvoldelse.

Men det er ikke alltid at man blir erstatningsansvarlig når man ikke følger vanlig framgangsmåte. På den annen side er det ikke alltid at man slipper ansvar ved å følge slik framgangsmåte. Sedvanen kan «sensureres».

Et eksempel på dette har vi i «*rulledommen*» i Rt 1950 s 1091: En toårig gutt som var med sin mor i rulleboden, fikk hånden i tannhjulsdrevet og mistet to fingre. Spørsmålet var om gutten kunne kreve erstatning fra rullens produsent. Produsenten påberopte seg at andre produsenter også hadde tilvirket og solgt ruller som ikke var bedre sikret enn den foreliggende rullen. Til dette uttalte førstvoterende i Høyesterett:

«Om det forholder seg som av firmaet her anført, viser det etter min mening bare at heller ikke disse andre firmaer kan ha gjennomtenkt tilstrekkelig hvilke sikkerhetsforanstaltninger nødvendigvis må kreves, når rullen skal brukes i bygg, bebodd av private familier, og særlig når rullen skal være til disposisjon for beboere av større boligbygg.»

Et annet tilfelle som kan nevnes, er en dom fra Høyesterett hvor det var spørsmål om veivesenets erstatningsansvar etter en ulykke i forbindelse med sprengningsarbeid (Rt 1959 s 666). Høyesterett uttalte her at veivesenet ikke kunne «høres med at det har vært gått frem slik som det er vanlig i forhold av denne art.»

#### **12.4.2 Tobakksindustriens vanlige opptreden**

På bakgrunn av det som er framhevet i punkt 12.4.1, er det ikke alltid tilstrekkelig å gjøre som andre i tilsvarende situasjon. Norsk tobakksindustri kan ikke unnskyldes seg med at dens produkter svarer til dem som er solgt i andre land. Det må kreves at de som produserer, importerer og/eller selger alminnelige forbruksartikler, skal tenke gjennom hvilke sikkerhetsforanstaltninger som er nødvendige for at skade ikke skal inntre. Viktig blir det her å vurdere hva tobakksindustrien kunne ha gjort for å frambringe mindre helseskadelige produkter og/eller informere om helseskadene ved de produktene som ble brakt til markedet.

I USA gjennomførte tobakksselskapene i 1960- og 1970-årene hemmelige forsøk på å utvikle mindre helsefarlige sigaretter, og fikk ved dette meget inngående kunnskaper om hvordan tobakksprodukter virker på brukerne. Arbeidet ble imidlertid etter hvert stoppet av tobakksselskapenes ledelse, først og fremst av frykt for konsekvensene overfor myndighetene og forbrukerne dersom det skulle komme ut at industrien internt erkjente at sigaretter var helseskadelige. I stedet fokuserte man på arbeidet med nikotinet og den avhengighetsskapende effekten ved røyking, samt markedsføringen av produktene. Se nærmere om dette i punkt 6.11 til punkt 6.13 ovenfor. Hvis også den norske tobakksindustrien var involvert i, eller hadde kjennskap til slik forskning innen den internasjonale tobakksindustrien, men utad valgte å holde tilbake vesentlig produktinformasjon, må dette kunne anses ansvarsbetingende.

### **12.5 Skrevne normer for forsvarlig opptreden**

---

#### **12.5.1 Generelt om betydningen av skrevne normer**

I debatten om erstatningsansvar for tobakksindustrien reises det undertiden spørsmål om salget av lovlig produkter kan medføre erstatningsansvar. Resonnementet synes å være at når myndighetene ikke har grepet inn overfor et produkt som medfører skadevirkninger og ikke forbudt salget, så kan det ikke i neste omgang søkes erstatning for skadevirkningene så lenge tobakkselskapene har holdt seg innenfor gjeldende regelverk. Fra rettssakene i USA kjenner vi til at tobakksindustrien har brukt dette resonnementet som et forsvarsargument, og det ser ut til å framheves også av den norske industrien og deres advokater i de erstatningssøksmålene som er innledet hos oss.

Det må umiddelbart kunne slås fast at produktets lovlighet ikke kan brukes som noe forsvar mot culpaansvar. Skadelidte har behov for vern mot uforsvarlig og uakseptabel virksomhetsutøvelse, selv om virksomheten som sådan er lovlig. Det forhold at et produkt er lovlig i salg, kan selvsagt ikke innebære at alminnelige aktsomhetsstandarer er satt ut av spill eller at industrien er innvilget en immunitet mot culpaansvar.

Vi har en rekke lovbestemmelser og forskrifter om hvordan folk skal oppføre seg for at andres verdier ikke skal skades. Det kan være *faredelikter* hvor det er utillatelig å framkalle en fare, eller det kan være rene handlings- og unnlatelsesdelikter hvor loven eller forskriften definerer det utillatelige ved direkte beskrivelser av den forbudte handlemåten.<sup>655</sup>

Som eksempel på slike normer for forsvarlig opptreden kan nevnes trafikkreglene som er gitt i henhold til vegtrafikkloven av 18. juni 1965 nr 4 § 4. Et annet eksempel er regler om sikring av sunne og trygge arbeidsvilkår og fullt forsvarlig arbeidsmiljø, se tidligere arbeidervernlov av 1956 § 5 og någjeldende arbeidsmiljølov av 4. februar 1977 nr 4 § 7. På begge disse områdene har vi detaljerte regler som er gitt for å verne om liv og helse.

Overtredelse av regler av denne typen er som oftest straffesanksjonert. Det sies derimot nesten aldri noe om at overtredelse kan føre til erstatningsansvar for skadevolderen. Derfor vil overtredelse av slike regler ikke automatisk medføre erstatningsansvar. Og det at man holder seg på rette siden av de grenser som oppstilles i slike regler, fører – som nevnt ovenfor – ikke uten videre til frifinnelse i en erstatningssak.

Det må imidlertid understrekes at man ved den erstatningsrettslige culpavurderingen legger stor vekt på om skadevolderen har overtrådt lovbestemmelser og forskrifter som viser hva som anses som forsvarlig opptreden. Ved utformingen av slike normer har samfunnet tatt standpunkt til hva som bør kreves av den enkelte av hensyn til andres verdier; normene gir da også en god veiledning ved culpavurderingen. I rettspraksis kan man stadig se at slike normer trekkes fram. I den juridiske teori har særlig Viggo Hagstrøm framhevet betydningen av om preventive forskrifter er overtrådt.<sup>656</sup>

I det følgende skal vi gjøre rede for noen normer for forsvarlig opptreden som kan få betydning for spørsmålet om erstatningsansvar for tobakksindustrien.

### 12.5.2 Produktkontrolloven

Lov om produktkontroll av 11 juni 1976 nr 79 har til formål «å forebygge at produkt medfører helseskade, eller miljøforstyrrelse» (§ 1). Det er lovfestet viktige prinsipper om aktsomhetsplikt i § 3:

«Den som tilvirker, innfører, bearbeider, omsetter, bruker eller på annen måte behandler produkt som kan medføre virkning som nevnt i § 1, skal vise aktsomhet og treffe rimelige tiltak for å forebygge og begrense slik virkning.

Den som tilvirker eller innfører produkt plikter å skaffe seg slik kunnskap som er nødvendig for å vurdere om det kan medføre virkning som nevnt i § 1.»

655.Se Andenæs, Alminnelig strafferett, Oslo 1997 s 101-102.

656.Se Viggo Hagstrøm, Culpanormen, Oslo 1981.

Etter produktkontrollloven § 4 kan Kongen treffe vedtak (forskrift og enkeltvedtak) for å forebygge helseskader og miljøforstyrrelser. Det er ikke gitt forskrifter om produksjon av sigaretter og andre tobakksartikler. For tobakksindustrien er det et forsvarsargument at den har fulgt gjeldende lovgivning og ikke har brutt forskrifter og andre bestemmelser.

På den annen side er produktkontrollloven § 3 viktig. Etter denne bestemmelsen har industrien en generell plikt til å forebygge og begrense helseskader. Dertil har den en plikt til å skaffe seg nødvendig kunnskap; den kan ikke uten videre unnskyldes seg med at den ikke visste om helserisikoer og nikotinavhengighet.

### 12.5.3 Tobakkslovens reklameforbud og helseadvarsel

Når det gjelder markedsføring og salg av tobakks-produkter, inneholder tobakksloven av 1973 noen viktige prinsipper: Et totalt reklameforbud, påbud om helseadvarsel, forbud mot salg av tobakksvarer til barn og ungdom under 18 år, forbud mot salg av tobakk ved automat, og påbud om røykfrihet i fellesmiljøer.

Reglene om reklameforbud og helseadvarsler er stort sett fulgt av tobakksindustrien. Det har vært en del overtredelser av reklameforbudet, men neppe i et slikt omfang at de som har startet å røyke etter 1975 eller ikke har maktet å slutte å røyke før den tid, kan påberope seg at det er på grunn av tobakksreklamen. Et annet forhold er at tobakksindustrien har benyttet betydelige midler til andre markedsføringstiltak, indirekte tobakksreklame, reklame i utenlandske blader, i magasiner for båter og fly i internasjonal trafikk o.l. For vurderingen av industriens handlemåte etter 1975 blir det viktig å kartlegge arten og omfanget av denne virksomheten.

### 12.5.4 Markedsføringsloven

I USA har overtredelse av markedsføringslovgivningen vært et viktig moment ved vurderingen av tobakksindustriens erstatningsansvar.

Den norske markedsføringsloven av 16. juni 1972 nr 47 oppstiller visse begrensninger for hvordan næringsdrivende kan utøve sin virksomhet. Generalklausulen i § 1 forbyr handlinger og markedsføring som strider mot «god markedsføringsskikk». Henvisningen til «god markedsføringsskikk» er en rettslig standard. Det betyr at tobakksindustriens forhold må vurderes på bakgrunn av den alminnelige oppfatning om hva som er god forretningsmoral.

Som lovens navn indikerer, er det først og fremst forhold knyttet til markedsføring som loven tar sikte på å regulere. Ettersom reklame for tobakk er forbudt etter tobakksloven av 1973, vil markedsføringsloven ha liten selvstendig betydning for tiden etter 1. juli 1975.

Markedsrådet har ennå ikke hatt til behandling saker vedrørende tobakksindustrien.<sup>657</sup> Dette må antagelig ses på bakgrunn av at tobakksloven setter strengere krav til industriens markedsføring enn markedsføringsloven. Dertil må tobakksloven regnes som *lex specialis* i forhold til markedsføringsloven. Markedsrådet har dermed ikke hatt noen oppfordring til å gripe inn.

657. Opplyst fra Markedsrådets sekretariat ved telefonisk henvendelse 13. desember 1999.

Av disse grunner vil markedsføringsloven ikke spille så stor rolle i Norge som i USA, der overtredelse av markedsføringsloven har vært et viktig moment ved vurderingen av tobakksindustriens erstatningsansvar.

Den norske markedsføringsloven vil imidlertid være av betydning for de tilfeller av markedsføring som forekom i tiden fra markedsføringslovens ikrafttredelse til tobakkslovens ikrafttredelse. For tiden før gjeldende markedsføringslov vil eldre markedsføringslovgivning være av betydning.

### 12.5.5 Konkurranseloven

Tobakksindustrien er også underlagt konkurranserettslige regler. Reglene tar sikte på å ramme forhold som vrir konkurransen, og som utilbørlig utnytter en stor markedsrett.

EØS-avtalens art 53 og 54 kommer til anvendelse på adferd som påvirker samhandelen mellom EØS-landene. Det vil si at EØS-avtalen vil kunne ramme for eksempel avtaler mellom store tobakksforetak i Europa. I denne utredningen er det imidlertid den norske tobakksindustrien som står i sentrum. Vi vil derfor begrense oss til å gi en oversikt over hvilken betydning bestemmelsene i konkurranseloven av 11. juni 1993 nr 65 har.<sup>658</sup> Tidligere konkurranse- og prislovgivning kan også være aktuell, se prisloven av 26. juni 1953 nr 4.

Konkurranseloven § 3-1 forbyr næringsaktører å samordne praksis på en slik måte at konkurransen dem imellom påvirkes. Det typiske eksempel vil her være at to tobakksfirmaer blir enige om en gjengs pris som varene skal selges for.

Videre forbyr konkurranseloven § 3-3 avtaler som deler markedet mellom flere aktører.

Konkurranseloven § 3-10 kan komme til anvendelse hvor man ikke finner at en adferd er forbudt etter §§ 3-1 og 3-3. Bestemmelsen gir Konkurransetilsynet en skjønnsmessig adgang til å gripe inn mot adferd som styrker en aktørs dominerende stilling i markedet ved konkurransebegrensende metoder mv.

Hvilken betydning har konkurransereglene for erstatningsspørsmålet?

Prinsipielt sett er den konkurranserettslige vurderingen av tobakksindustrien et annet tema enn industriens eventuelle erstatningsansvar som behandles i denne utredningen. Når vi her likevel har tatt det opp, er det for å vise følgende:

- a) I erstatningssøksmål vil det ha betydning om man står overfor et særlig stort og sterkt tobakksfirma. Det er grunn til å forvente større aktsomhet av et slikt firma, fordi det antagelig har hatt størst muligheter til å tilegne seg kunnskap om helsefarer og nikotinavhengighet. Sakene som har vært til behandling i Konkurransetilsynet, vil i noen grad avdekke hvor stor markedsandel de ulike firmaene har og om den er utnyttet på en utilbørlig måte.
- b) Vi har tidligere framhevet at det er et viktig moment ved culpavurderingen om industrien har overtrådt skrevne adferdsnormer, herunder reklameforbudet. Det forhold at muligheten for å markedsføre tobakk etter 1975 i så stor grad har vært begrenset, gjør at industrien kan ha hatt incitament til å innrette seg på andre måter, for eksempel ved samordning med

658. Se nærmere A. C. Stray Ryssdal, Ny norsk konkurranselov, Lov og Rett 1994 s 387 fl.

konkurrenter. Dette gjør at reklameforbudet i en viss grad må ses i sammenheng med forbudet mot å hemme konkurransen.

I USA har det vært lagt stor vekt på konspirasjon innen tobakksindustrien. Det gjelder blant annet samordning og enighet mellom tobakksselskapene om å holde tilbake produktinformasjon og koordinering av uttalelser og opptreden utad, se kapittel 7 ovenfor. Ved arbeidet med denne utredningen har vi ikke hatt anledning til å foreta undersøkelser om det har vært slike former for samarbeid mellom tobakksselskapene i Norge.

#### **12.5.6 Forbud mot salg av tobakk til barn og ungdom**

Et forbud mot salg av tobakk til barn under 15 år ble innført allerede ved lov av 19. april 1899 om Beskyttelse af Børn mod Brug af Tobak. Egentlig dreide det seg om en adgang for kommunene til å innføre et slikt forbud.

Ved tobakksloven av 1973 ble det vedtatt et forbud mot salg av tobakk til barn under 16 år (som var landsomfattende). Aldersgrensen ble hevet fra 16 til 18 år ved en lovendring som trådte i kraft i 1996.

Det er i stor grad solgt tobakksvarer til barn og ungdom under disse aldersgrensene.<sup>659</sup> Det antas at det hver dag selges 10 000 tyvepakninger med sigaretter til mindreårige i Norge. Den som kan sannsynliggjøre at overtredelse av lovens aldersgrense er en viktig grunn til at han eller hun begynte å røyke, har et sterkt kort på sin hånd. Men det er først og fremst overfor tobakksforhandlerne.

Overfor tobakksindustrien blir det spørsmål om industrien har stimulert til og/eller kan bebreides for å ha akseptert slike overtredelser. Dertil blir det viktig om industrien har reklamert og/eller benyttet andre markedsføringstiltak som har vært av særlig betydning for barn og ungdom.

#### **12.5.7 Spørsmål om brudd på menneskerettighetene**

Ved lov av 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett ble tre sentrale konvensjoner om menneskerettigheter inkorporert i det norske rettssystemet. De skal gjelde som norsk lov, og ved motstrid med annen norsk lovgivning skal konvensjonsbestemmelsene gå foran norsk lov. Det innebærer blant annet at brudd på disse menneskerettighetene også er viktig ved den erstatningsrettslige culpavurderingen.

Det blir her ikke plass til å gå nærmere inn på de ulike bestemmelsene i disse konvensjonene som kan være aktuelle. Her skal bare nevnes en sak som har vært oppe for Høyesterett i Bangladesh:

British American Tobacco Company sendte et skip til ca. 15 havner i afrikanske og asiatiske land. John Players, som er et britisk sigarettmerke, var skrevet med store bokstaver på båten; det ble delt ut sigaretttenner o.l. med dette merket på; og det ble arrangert konserter som blant annet tiltrakk seg barn og ungdom.

Endel frivillige organisasjoner i Bangladesh prøvde å stoppe at denne virksomheten skulle komme til landet. De påberopte seg blant annet at virksomheten var i strid med FN's konvensjon om sivile og

---

659.Karl Erik Lund, Liv Urdal og Tore Sanner, Hvordan håndheves 18-årsgrensen for kjøp av tobakk?, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1999; 119: 3753-5.

politiske rettigheter artikkel 6 om retten til liv. De fikk i februar 2000 medhold av Høyesterett i egenskap av High Court of Justice.

Denne dommen er av stor prinsipiell interesse. Det fastslås at markedsføring av tobakkvarer krenker menneskenes rett til å kunne få beholde sine liv. Dertil er Bangladesh et utviklingsland, som ennå kan unngå mange av de helseskadene som vi har sett i de industrialiserte landene. Vi viser til punkt 5.6 ovenfor om Verdens helseorganisasjons modell for sekvenser i røykingens historie.

Under ledelse av generaldirektør Gro Harlem Brundtland har Verdens helseorganisasjon gitt kampen mot tobakksepidemien og tobakkindustriens markedsføring meget høy prioritet i denne organisasjonens arbeid. Det skyldes ikke minst de enorme helseskader som tobakken vil påføre befolkningen i utviklingslandene hvis de på dette området skal gjennomgå den samme utviklingen som storrøykerlandene fra det 20. århundre – USA, Storbritania og etterhvert andre amerikanske og europeiske land.

Vi har ikke informasjon om hvorvidt norsk tobakkindustri driver markedsføringstiltak i utviklingsland. Det er imidlertid klart at det har vært en nær kontakt mellom Tiedemanns Tobakksfabrik og British American Tobacco Company, se vedlegg 10 om Guildford-materialet. Dette tobakkskompaniet driver nå aktiv markedsføringstiltak overfor utviklingsland til tross for de kunnskapene som vi nå har om tobakkens helseskader og nikotinavhengighet. Det meste av denne kunnskapen hadde vi også den gangen norsk tobakksindustri drev aktiv markedsføringstiltak overfor den norske befolkningen helt til dette ble stoppet av lovgivningstiltak som trådte i kraft 1. juli 1975.

## 12.6 Sakkyndige uttalelser

---

I erstatningssaker innhentes det ofte uttalelser fra sakkyndige; det er personer som på grunn av utdanning og/eller erfaring har spesialinnsikt på et bestemt område. Slik sakkyndighet er ofte viktig for å kunne bringe faktum på det rene, se punkt 15.2. Her skal vi imidlertid behandle de tilfeller hvor sakkyndige foretar en vurdering av om skadevolderens handlemåte kan betraktes som forsvarlig eller uforsvarlig.

Det er klart at sakkyndige uttalelser om forsvarlighet ikke er bindende for dommeren. De sakkyndige vurderer handlemåten ut fra hva de som fagpersoner synes det bør kreves på et bestemt felt. Dommeren kan tillegge dette momentet vekt, men dessuten må han eller hun legge vekt på andre momenter som det etter rettspraksis skal bygges på ved den erstatningsrettslige culpavurderingen – etikkens krav, sedvanlig opptreden, skrevne normer for forsvarlig adferd, faregraden, skadelidtes forhold m m.

I rettspraksis kan man ofte se at sakkyndige uttalelser tillegges vekt. Dette ble for eksempel gjort i « *filmdommen* » i Rt 1958 s 984. En bedrift hadde en del film som skulle bortskaffes. Filmen ble lagt på en gartners tomt. Han tente på den, og det oppsto brann i en ferdighusfabrikk i nabolaget. Det var spørsmål om bedriften skulle bli erstatningsansvarlig fordi de ansatte hadde opptrådt culpøst ved bortskaffelsen. Oslo brannvesen hadde med tilslutning av Statens Filmtekniske Nemnd uttalt at det var uforsvarlig å kaste slikt brennbart avfall på en fylling, og en av de ansattes forhold ble betegnet som høyst



ansvarsløst. Førstvoterende i Høyesterett tiltrådte lagmannsrettens begrunnelse, hvor det uttales:

«Retten er oppmerksom på at disse fagkyndige instanser antagelig ser noe strengere på behandling av film enn den alminnelige mann vil gjøre. Uttalelsene er nevnt fordi de på samme måte som filmforskriftene klart viser at film må behandles med stor forsiktighet.»

Sigaretter og andre tobakksprodukter representerer ikke bare en brannfare, men først og fremst en betydelig helsefare. Sakkyndige uttalelser om helserisikoer ved bruk av tobakksvarer og om hva tobakksindustrien kunne ha gjort for å eliminere eller redusere slike risikoer, vil bli sentrale i rettssaker mot tobakksindustrien.

## 12.7 Alternativ handlemåte

---

### 12.7.1 Generelt om alternativ handlemåte ved culpavurderingen

I punkt 12.2 til 12.6 har vi gjort rede for normer utenfor erstatningsretten (bonus pater familias, etikken, sedvanen, skrevne normer for forsvarlig oppførsel og sakkyndiges mening om forsvarlig framgangsmåte) som tillegges vekt når det skal avgjøres om en handling er culpøs. Men undertiden vil man ikke finne noe veiledning i slike normer, eller de forskjellige normsystemer drar i hver sin retning. I slike tilfeller må man foreta en selvstendig erstatningsrettslig vurdering av handlingen. Man får vurdere hvilke handlinger som bør kunne foretas erstatningsfritt og hvilke handlinger som det bør knyttes erstatningsansvar til.

I erstatningsdommer beskrives den konkrete skadesituasjonen meget nøye. Etter en bilkollisjon måler man bremsespor, tar bilder, lager skisser m.m. Det gjelder å rekonstruere hendelsesforløpet så nøyaktig som mulig. Dette er nødvendig for at man skal kunne vurdere om skadevolderen har opptrådt culpøst i det konkrete tilfellet.

Betydningen av tidsmomentet og andre kjenntegn i den konkrete skadesituasjonen, illustreres i «*parafinbøttedommen*» i Rt 1956 s 656. Under krigen måtte føreren av en motorskøyte etter krav fra tyskerne ta om bord en del arbeidere. Noen av dem ble plassert i bestikken hvor det sto en bølge som det var en væske i. En av passasjerene tente snadden og kastet en brennende fyrstikk opp i bølgen; han trodde den inneholdt vann, men det var parafin. Det oppsto brann, og en av arbeiderne ble skadet. Han krevde erstatning fra skøytens fører, men fikk ikke medhold. Det ble understreket at skøyten vanligvis ikke ble brukt til å befordre personer, at føreren ikke visste at bølgen inneholdt en brannfarlig væske, at han hadde mer enn nok å gjøre med å manøvrere skøyten i det ukjente farvannet, og at han hadde liten tid til disposisjon før arbeiderne kom om bord. Selv små endringer i den faktiske situasjonen som her beskrives, kunne i dette tilfellet ført til at føreren ble ansvarlig.

Et eksempel på at Høyesterett har lagt stor vekt på den tid som har stått til disposisjon, er «*reservelegedommen*» i Rt 1962 s 994. En underordnet lege utførte en vanskelig operasjon uten at overlegen var tilstede. Fylkeskommunen ble ansvarlig for skade på pasienten, og i premissene uttales det blant annet: «Det er et viktig utgangspunkt for vurderingen av sykehuslegenes for-

hold at det ikke hastet med operasjonen, og at det heller ikke etter legenes egen vurdering hastet. Man kunne godt ha ventet en uke til overlegen var disponibel eller for den saks skyld i så lang tid som det ville kreve å få A til behandling ved et større sykehus» (s 996).

En nøyaktig beskrivelse av den konkrete situasjonen, den tid som har stått til disposisjon m m er nødvendig for at man skal kunne vurdere om vedkommende har gjort hva han eller hun kunne for å hindre at skade skulle inntre. Spørsmålet er om situasjonen var slik at vedkommende kunne ha handlet annerledes enn det han eller hun gjorde og dermed unngått skaden.

Det er særlig Nils Nygaard som har understreket at man ved culpavurderingen må legge stor vekt på om skadevolderen kunne eller burde ha handlet annerledes.<sup>660</sup> Nygaard understreker også at en potensiell skadevolder har «tenkeplikt, dvs plikt til å vera eller gjera seg klår over dei relevante fakta på det kritiske tidspunkt, herunder prognoseplikt, dvs plikt til å pårekna at skade kan skje».<sup>661</sup>

### 12.7.2 Produktutvikling, produktforbedring og produktinformasjon

I tobakkssaker blir det et sentralt spørsmål om tobakksindustrien kunne ha opptrådt på en annen måte enn den gjorde. Det gjelder særlig etter at de viktige medisinske rapportene om helseskadene kom fra begynnelsen av 1950-årene. Tobakksindustrien har hatt god tid til å vurdere situasjonen i de årene som har gått. Etter hvert som det ble klart at skadevirkningene var enorme, måtte det stilles stadig strengere krav til tobakksindustrien.

Det gjelder blant annet spørsmålet om den burde ha utviklet mindre helsefarlige og mindre avhengighetsskapende sigaretter.<sup>662</sup> Filter- og light-sigaretterne ser ut til å ha bidratt til å opprettholde helseskadene, se blant annet kapittel 2 ovenfor.

Et meget sentralt spørsmål er videre om og i hvilken grad tobakksindustrien burde ha informert myndighetene og forbrukerne om helsefarene og den sterke nikotinavhengigheten ved bruk av tobakksvarer, jf også punkt 12.7.3 og 14.4.6 nedenfor. Det må kunne legges til grunn at dersom myndighetene hadde hatt bedre informasjon om arten og graden av helsefarene ved tobakksbruk, så ville det ha ført til en annen strategi når det gjelder statens og helsearbeidernes informasjonsvirksomhet. Ikke minst kunne forbrukerne ha fått bedre informasjon tidligere.

### 12.7.3 Tobakksindustriens muligheter til å gi produktinformasjon

Et særlig spørsmål er om tobakksloven har vært til hinder for at tobakksindustrien kunne gi forbrukerne informasjon etter 1975.<sup>663</sup> Det bestemmes nemlig i tobakksloven § 3 andre ledd at den som produserer eller selger tobakksvarer, ved symbol eller tekst på pakningen ikke kan gi «egne opplysninger om de helsemessige konsekvenser ved å røyke».

I lovens forarbeider understrekes det at tobakksfabrikantene forbys å komme med «modifiserende uttalelser til merkingen på selve pakken». Slike uttalelser «kan gjøre merkeplikten illusorisk – og i verste fall kan det føre til at

660.Se Nils Nygaard, Aktløysevurderinga, Bergen 1973, særlig s 41 fl og s 233 fl.

661.Se Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 172, jf s 204.

662.Se også punkt 14.4.7 nedenfor.

663.Se også punkt 14.4.6 nedenfor i forbindelse med spørsmålet om produktansvar.

merkingen mister sin hensikt». Departementet/Statens tobakksskaderåd skal imidlertid «kunne gi samtykke til at slike opplysninger trykkes på pakken når særlige grunner taler for det, f. eks. dersom det skulle foreligge sikre opplysninger om at vedkommende sigarett-type er forbundet med vesentlig mindre helsefare enn andre typer». <sup>664</sup> Det er hjemmel for å gi slik dispensasjon i tobakksloven § 10 og i forskrift om merking av tobakksvarer av 15 desember 1995 § 16.

Tobakksindustrien har kunnet bruke andre medier enn pakkene til å gi informasjon til forbrukerne. Den kunne – og burde – ha formidlet opplysninger om farene for helseskader og nikotinavhengighet ved røyking. Dette ville ikke vært i strid med reklameforbundet i tobakksloven § 2 som forbyr massekommunikasjon i markedsføringsøyemed ved hjelp av røykepositiv påvirkning.

Et tilsvarende spørsmål har vært oppe for den føderale høyesterett i USA, se punkt 9.3.2 ovenfor om Cipollone-saken og den såkalte «pre-emption»-klausulen. Høyesterett kom til at loven bare etablerte et minimumskrav til tobakksindustrien, og at industrien kunne pålegges erstatningsansvar ved ikke å gi ytterligere informasjon om helserisikoen og nikotinavhengigheten.

## 12.8 Handlingens skadeevne

---

### 12.8.1 Generelt om betydningen av skadeevne

En handlings skadeevne er produktet av faregraden og den potensielle skades størrelse.

Med faregraden menes risikoen eller sannsynligheten for at skade kan inntre, altså hvor påregnelig det er at skade skal inntre. Desto større faren eller risikoen er, desto større forsiktighet må det utvises. Ut fra en culpa-vurdering kan det ikke aksepteres at bedrifter og borgere foretar handlinger som meget lett kan forårsake skade på personer og andres verdier.

Det er ikke bare faregraden, men også den potensielle skades størrelse som er avgjørende ved culpavurderingen. Skadens økonomiske omfang er en faktor; enda viktigere er det om liv og helse står på spill. Desto større skade som kan inntre, desto større forsiktighet må det utvises.

I nesten alle domspremisser i erstatningssaker blir det drøftet hvor stor faregraden var.

Som et eksempel kan nevnes « *filmdommen* » i Rt 1958 s 984, se punkt 12.5.1. Her ble det lagt vekt på at film var meget brannfarlig og at den derfor måtte behandles med stor forsiktighet.

Som et annet eksempel kan nevnes « *kafétrappdommen* » i Rt 1934 s 204. Her ble det understreket at trappen var i mislig forfatning da ulykken skjedde, og at det var stor trafikk i den (ca 1000 mennesker daglig). Førstvoterende i Høyesterett understreket at kravene til vedlikehold da «maa stilles særlig strenge – nettopp paa grund av risikoen for ulykker».

Som et tredje eksempel på at man legger vekt på faregraden, kan nevnes « *rulledommen* », som er omtalt i punkt 12.3.1. Førstvoterende understreket

<sup>664</sup>Innstilling til lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer m.v. (Tobakksloven), Oslo 1971 s 39.

her at det for rullens produsent måtte «påregnes at brukerne hovedsakelig ble husmødre, som under arbeidet i rulleboden naturlig ville få besøk av barna». At foranstaltninger for å sikre rullen var nødvendig, framgikk av «at det er inntruffet 3 helt likeartede ulykker i løpet av et relativt kort tidsrom». Her forelå det altså en «statistikk» som viste en ikke ubetydelig faregrad.

Som et fjerde eksempel på at det legges vekt på faregraden, kan nevnes «*Lierdommen*» i Rt 1967 s 697. Her ble Lier kommune erstatningsansvarlig for at en lastebileier tømte privettinnholdet fra en kommunal leiegård i en bekk. Denne bekken var rentvannskilde for et ørretklekkeri og en kyllingfarm som led betydelige tap. Førstvoterende i Høyesterett la her vekt på at det var betydelig faremomenter for folks og dyrs liv og helsetilstand. Her var det altså ikke bare penger, men helse som sto på spill.

Situasjonen var en annen i «*stigedommen*» i Rt 1974 s 41. En skyvestige var konstruert slik at den bare kunne brukes med den ene siden inn mot veggen. En huseier satte stigen med «vrangsidene» inn mot veggen. Han falt ned, kom til skade, krevde erstatning fra stigeprodusenten, men fikk ikke medhold av Høyesteretts flertall. Det la blant annet vekt på at det var produsert mer enn 100 000 stiger, men andre uhell var ikke kjent. Det forelå altså ingen statistikk som viste høy faregrad.

### 12.8.2 Tobakkens skadeevne

Når skaderisikoen eller faregraden for at skade skal inntre er stor, må man altså kreve høy grad av forsiktighet, eventuelt at potensiell skadevolder avholder seg fra å foreta handlingen. Det er meget store helserisikoen som knytter seg til bruk av tobakk, se kapittel 3 og 4 ovenfor. Derfor må kravene til tobakksindustrien være strenge. Det kan endog reises spørsmål om industrien burde ha trukket sine produkter ut av markedet. Sammenlign her erstatningsansvaret for asbestindustrien i USA.

Norsk tobakksindustri kan neppe unnskylde seg med at den ikke har hatt de samme kunnskaper om helserisikoen og nikotinavhengighet som industrien i USA. Undersøkelsen av forholdet mellom norsk og amerikansk tobakksindustri i Minnesota-materialet og Guildford-materialet (se vedlegg 9 og 10) tyder på at det har vært en omfattende kommunikasjon mellom industrien i de to landene.

I alle fall må det kreves av norsk tobakksindustri at den til enhver tid skulle ha tilegnet seg de kunnskapene som framgår av vanlige medisinske tidsskrifter og helse rapporter. Det gjelder særlig rapportene fra helsedirektørene i Norge, Storbritannia, USA og WHO samt artikler om tobakk i Tidsskrift for Den norske lægeforening, se kapittel 4 ovenfor.

Som nevnt i punkt 12.4 plikter den som tilvirker, importerer og/eller selger produkter, å skaffe seg slik kunnskap som er nødvendig for å vurdere helseskader som knytter seg til produktet. Det dreier seg her om en ganske omfattende undersøkelsesplikt.

Sidsel Graff-Iversen ved Statens helseundersøkelser har uttalt følgende om bruk av begrepene «risiko» og «skade» i forbindelse med tobakksbruk:

I informasjonen til befolkningen om skader knyttet til bruk av tobakk, er det vanlig å bruke begrepet «risiko». Vi viser ofte til økt dødelighet eller sykkelighet av bestemte årsaker, f. eks. ved formuleringer som «Røyking tredobler risikoen for hjerteinfarkt.» For fagfolk er det ingen

tvil om at vi sikter til den relative risikoen ved daglig røyking. I denne sammenheng betyr risiko sannsynligheten for at en bestemt hendelse skal inntreffe. Hvis vi følger et stort antall individer, like mange røykere og ikke-røykere, i et visst antall år fremover, vil 3 ganger så mange røykere som ikke-røykere få hjerteinfarkt.

Men hvordan oppfatter «folk flest» informasjonen om risiko?

Vi er vant til bruken av ordet «risiko» i forbindelse med ulykker og «risikosex». Også her snakker vi om risiko i betydningen sannsynlighet for at en hendelse skal inntreffe. Her er det imidlertid slik at man ikke skades i det hele tatt, hvis man har flaks og det ikke skjer noen ulykke eller smitte. Skjer det ikke noe «uhell», er kroppen uberørt. Er det samme tilfelle om man røyker i 30 år, men ikke blir rammet av lungekreft?

Vi vet at tobakksrøyken inneholder en lang rekke stoffer som bringes i intim kontakt med kroppsvevene. Vi vet at regelmessig røyking på kort og lang sikt gir en lang rekke effekter på svært mange vev og organer: årevegger, fettstoffer i blodet, blodets trombotiske egenskaper, slimhuden i luftveiene, hormoner og beinvev er eksempler. Hvis eksposisjonen for tobakk er varig og av et visst omfang, skades man. Det spørres bare hvor stor skaden er i de enkelte vev og organer og om skaden rekker å gi seg utslag i plager, begynnende sykdom eller manifest sykdom. Dette avhenger både av arv, av hvilke positive helsemessige forhold som er tilstede og gjør oss robuste, og hvilke andre helseskadelige forhold som er til stede hos den tobakkseksponerte. Noen får merkbare skader raskt, mens andre kan røyke i årevis og få skader som er for små til å merkes. Noen får skader man umiddelbart tilskriver røyking, mens andre får skader hvor røykingens rolle blir overskygget av andre forhold, eller skader vi per i dag ikke erkjenner som forårsaket av røyking. De som ikke har merkbare, erkjent tobakksrelaterte skader, kan fremstå som at de har «flaks», på samme måte som en råkjører kan ha flaks.

Det er viktig å skille mellom det å utsette seg for en situasjon som kan «gå helt galt eller helt bra» og det å utsette seg for en situasjon som alltid skader, men hvor skadene slår forskjellig ut hos individene.

## 12.9 Handlingens nytteevne

---

### 12.9.1 Generelt om nytteevne som moment ved culpavurderingen

Dersom en handling har liten nytteevne eller er unødvendig, er det mindre rom for å utsette sine medmennesker for skaderisiko enn ellers. En slik rettstanke kan man finne i vegtrafikkloven § 3 hvor det blant annet heter at man skal ferdes «slik at annen trafikk ikke *unødig* blir hindret eller *forstyrret*».

I «*rulledommen*» som er omtalt punkt 12.4.1, heter det at det måtte stilles spesielle krav til rullens konstruksjon «for at rullen ikke skulle medføre *unødig* fare».

Det er ikke den enkeltes interesse i å foreta handlingen som er avgjørende. Interessen må være beskyttelsesverdig sett fra samfunnets synspunkt.

### 12.9.2 Tobakkens nytteevne?

Det er vanskelig å se at tobakken har hatt noen nytte av betydning. Riktignok omtales tobakk ofte som et nytelsesmiddel. Etter tilvenning kan tobakk både være avstressende og stimulerende og ha visse andre positive effekter på

meget kort sikt. Det dreier seg imidlertid ikke om noen forbedring av menneskenes livskvalitet.

Enkelte peker på at tobakksavgiften bringer staten betydelige inntekter, og at salg av tobakk er nyttig fordi det gir statsinntekter. Men uten tobakken ville det ha vært mulig å beskatte eller avgiftsbelegge annet forbruk, og det kunne ha gitt staten tilsvarende inntekter.

Enkelte peker også på at tobakksbruk forkorter folks levetid og dermed fører til besparelser av alderspensjon. Dette oppveies imidlertid ved røykernes økte forbruk av sykepenges, rehabiliteringspenges, attføringspenges, uførepensjon, yrkesskadeerstatning samt økte utbetalinger av etterlatteytelser. Dertil er det intet formål for velferdsstaten at folk skal dø tidlig; velferdspolitikken tar tvert imot sikte på at folk skal få en best mulig alderdom med alderspensjon som sikrer tilvakt levestandard, aktivitetstilbud, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, institusjonsplass o.l.

## **12.10 Oppførelser for potensiell skadevolder ved å foreta en annen handling**

---

### **12.10.1 Generelt om forebyggende tiltak**

Et viktig spørsmål er hva skadevolderen kunne ha gjort for å unngå skaden. Det stilles krav om at han eller hun skal undersøke og tenke gjennom situasjonen, gi opplysninger og advarsler til potensielle skadelidte, føre kontroll og tilsyn med virksomheten og sette i verk sikkerhetsforanstaltninger.<sup>665</sup> Et hovedformål med erstatningsretten er at den skal hindre at skadeforvoldelse finner sted.

Det diskuteres ofte i erstatningssaker hvor store oppførelser det ville kreves av den potensielle skadevolderen for at han eller hun skulle fjerne eller minske mulighetene for at skadetilføyelse skulle finne sted; jf punkt 12.7.1 om alternativ handlemåte for å hindre skadeforvoldelse.

«*Rulledommen*» som er omtalt under punkt 12.3.1, er her et illustrerende eksempel. Førstvoterende i Høyesterett understreket at «rullen med enkle foranstaltninger og med ubetydelig meromkostninger kunne bli praktisk talt sikker også for småbarn».

Som et annet eksempel kan nevnes «*smiedommen*» som er inntatt i Rt 1947 s 723. Noen barn hadde søkt inn i en åpen smie. Et av barna slo med hammeren på ambolten og en fireårig gutt fikk en jernsplint i øyet. Han ble tilkjent erstatning fra smiens eier. Førstvoterende som tre andre dommere sluttet seg til, la blant annet vekt på at de faremomentene som smien bød på «uten nevneverdige omkostninger kunne hindres eller minskes ved å stenge smien eller ved å oppbevare løse redskaper på et låsbart sted etter arbeidstidens slutt».

### **12.10.2 Burde tobakksindustrien gjort mer for å forebygge skadene?**

I tobakkssaker vil det bli en sentral problemstilling å kartlegge hvilke omkostninger og andre oppførelser som ville knytte seg til en alternativ handlemåte fra tobakksindustriens side. Hva ville det koste å utvikle en mindre helsefarlig

665. Se nærmere Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 194-195.

sigarett, og hva ville det koste å informere forbrukerne om de helseskadene og den nikotinavhengigheten som knytter seg til bruk av tobakk?

Siden det her dreier seg om så viktige goder som folks helse og livslengde, må det stilles svært strenge krav til tobakksindustrien.

De oppofrelser (tap) for tobakksindustrien som knytter seg til redusert tobakksforbruk i befolkningen og lavere inntekter for industrien, er selvsagt illegitime.

### 12.11 Skadevolderens situasjon

---

#### 12.11.1 Generelt om rolleforventning

*Nils Nygaard* har understreket at de krav som må stilles til skadevolderen og det erstatningsrettslige vern som skadelidte bør ha, vil avhenge av rolleforventningene til de to partene:

«Dersom skadevolderen har ei «monopolstilling» overfor skadelidne, vil han normalt bli møtt med ganske strenge krav. Han har ei makt som skadelidne meir eller mindre må finne seg i. Den veike parten har behov for rettstryggleik, han skal ikkje måtte gi seg den sterkaste i vald.

...

Den som er særskild sakkunnig overfor sin part, må visa særlege omsyn. Til dømes en lege overfor pasient, advokat overfor klient.»<sup>666</sup>

#### 12.11.2 Rolleforventningen til norsk tobakksindustri

Tiedemanns tobakksfabrikk, som har ca 80 prosent av markedsandelen i Norge, har langt på vei hatt en monopolstilling her i landet etter annen verdenskrig. Dertil har det vært et betydelig samarbeid mellom tobakksfirmaene i Norge gjennom Tobakksfabrikkenes Landsforening og Tobakksindustriens Felleskontor.

Det er neppe grunn til å tro at dette samarbeidet har vært av den art som det man har sett i USA. Her framheves det ofte at industrien har «konspirert» om å holde skjult opplysninger om egen forskning som har vist betydelige helseskader og sterk nikotinavhengighet – endog før dette ble klarlagt i medisinsk forskning. Men det er mye som tyder på at norsk tobakksindustri i det minste har visst om eller har kunnet skaffet seg informasjon om mye av det som har skjedd i USA, se vedlegg 9 og 10.

Det er neppe for dristig å legge til grunn at tobakksindustrien har hatt langt større kunnskaper om tobakkens innhold og virkninger enn forbrukerne. På forespørsel fra Statens tobakksskaderåd har industrien ennå ikke gitt fyldegjørende opplysninger om tilsetningsstoffer i tobakken. Når selv landets helsemyndigheter ikke får opplysninger om dette, kan man ikke forvente at røykerne skal kunne vite hvilke stoffer som de får i seg, og hvilke virkninger disse stoffene har. Den svake parten trenger her et klart rettsvern.

---

666.Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 192.

## 12.12 Konklusjoner

---

Spørsmålet om norsk tobakksindustri kan bli erstatningsansvarlig etter culpanormen, vil dels avhenge av hvordan man juridisk vektlegger de enkelte culpamomentene, dels avhenge av faktum i tobakkssaker generelt, og dels avhenge av faktum i den enkelte tobakkssak.

I den rettslige vurderingen tilsier tobakksproduktenes skadeevne en streng culpanorm.

Særlig viktig er de store risikoene for alvorlige helseskader og dødsfall som knytter seg til bruk av tobakksvarer og tobakksindustriens bagatelliseringer og benektelser av dette. Videre vil det være meget alvorlig dersom den norske industrien har visst om og fortiet den sterke nikotinavhengigheten. Tobakksindustrien kunne uten store oppofrelser, men med fare for reduserte inntekter, ha handlet annerledes. Industrien burde ha informert myndighetene og forbrukerne om de helserisikoene og den nikotinavhengigheten som den visste om eller som den burde ha skaffet seg kunnskaper om. Det må antas at den norske tobakksindustrien i alle fall må eller burde ha kjent til noe om nikotinets sterkt avhengighetsskapende virkninger.

Tobakksproduktenes særskilte skadeevne og det strenge profesjonsansvaret som må legges til grunn, taler for at den norske tobakksindustrien ikke har oppfylt de kravene til aktsomhet og informasjonsplikt som må stilles etter culpanormen på dette området. På denne bakgrunn kan det være grunnlag for culpaansvar for tobakksindustrien for at den har påført store deler av befolkningen unødvendige lidelser og dødsfall.

Spørsmålet om den enkelte røyker skal avskjæres rett til erstatning på grunn av egen medvirkning og/eller aksept av risiko for skade, vil bli drøftet i kapittel 16.



## Kapittel 13

# Ulovfestet objektivt ansvar

### 13.1 Innledning

---

#### 13.1.1 Oversikt over ulike objektive ansvarsgrunnlag

For hundre år siden var culpanormen den dominerende erstatningsregel i Norge. Man kunne bli erstatningsansvarlig hvis man hadde opptrådt uforsvarlig og som hovedregel bare i disse tilfellene. Men etter hvert har vi fått en rekke regler som pålegger erstatningsansvar selv om det ikke foreligger culpa. Her skal vi først gi en oversikt over de viktigste objektive ansvarsregler, som kan deles inn i tre hovedgrupper:

1. Identifikasjonsansvar. I disse tilfellene blir man erstatningsansvarlig for den culpa som en annen utviser. Som et viktig eksempel kan nevnes arbeidsgiveransvaret. Etter skadeerstatningsloven § 2-1 blir arbeidsgiveren erstatningsansvarlig når arbeidstageren – mens han eller hun er i tjenesten – på culpøs måte volder skade på tredjemann. Som et annet eksempel kan nevnes skadeerstatningsloven § 1-2 nr 2 hvoretter foreldre kan bli erstatningsansvarlig for skade på inntil 5 000 kroner som deres barn volder på en culpøs måte. Det er ikke nødvendig for å ilegge ansvar at henholdsvis arbeidsgiver og foreldre selv har opptrådt culpøst.
2. Rene objektive erstatningsregler. Stillingen her er at ingen har opptrådt culpøst, men at man likevel blir erstatningsansvarlig. Viktigst er det ulovfestede objektive ansvaret for bedrifter, innretninger m v. Dette vil bli behandlet her i kapittel 13. Et annet viktig regelsett er produktansvaret, som skal behandles i kapittel 14.
3. Objektivt ansvar for forsikringsinstitusjoner. I erstatningsrettslige framstillinger er det vanlig også å behandle bilansvaret (lov av 3 februar 1961), yrkesskadetrygden (folketrygdloven kapittel 13) og yrkesskadeforsikringen (lov av 16 juni 1989 nr 65). Disse rettsinstituttene reiser mange rettsspørsmål som er sentrale i erstatningsretten, for eksempel om årsakssammenheng. I kapittel 15 vil vi benytte eksempler fra yrkesskadetrygden og yrkesskadeforsikringen for å belyse spørsmålet om årsakssammenheng når tobakksrøyking er involvert.

Etter reglene om bilansvar, yrkesskadeforsikring og yrkesskadetrygd får skadelidte krav på erstatning/trygdeytelser uten hensyn til om noen har opptrådt culpøst. Det er altså objektivt ansvar, men ikke for skadevolderen (rent objektivt erstatningsansvar) eller for noen som står i et helt spesielt forhold til skadevolderen (identifikasjonsansvar). Dessuten er det neppe naturlig å snakke om objektivt erstatningsansvar, men bare objektivt ansvar.

Her i kapittel 13 skal vi gjøre rede for momenter som etter rettspraksis og rettsteori vanligvis blir tillagt vekt når det skal avgjøres om skadevolderen skal bli erstatningsansvarlig på ulovfestet objektivt grunnlag. Vi vil deretter drøfte hvordan disse momentene kan bli tillagt vekt i saker mot tobakksindustrien.

Først skal vi i punkt 13.1.2 gjøre rede for de hensynene som ligger bak reglene om objektivt erstatningsansvar.

### 13.1.2 Legislative betraktninger

Her skal bare de viktigste hensynene som taler for det objektive bedriftsansvaret nevnes:

(1) Bevisshensynet. Når skadeforvoldelsen kommer fra en teknisk komplisert bedrift, er det vanskelig for skadelidte å bevise eller sannsynliggjøre at skadevolderen har opptrådt culpøst. For å ramme skjult culpa bør erstatningsansvaret gjøres objektivt eller i alle fall objektiviseres.

(2) Prevensjonshensynet. En bedrift som blir erstatningsansvarlig på objektivt grunnlag, vil sette inn ressurser på det sikkerhetsmessige plan, og ellers gjøre sitt ytterste for å hindre at skadeforvoldelse skal finne sted. Bedriften vet at den må betale erstatning for enhver skade som den forvolder.

(3) Reparasjonshensynet. En objektiv ansvarsregel vil gi skadelidte en bedre rettsstilling enn culperegelen. Men hvorfor bør han eller hun få denne bedre rettsstillingen?

(a) Bedriftseieren har de økonomiske fordelene av virksomheten. Han får det økonomiske overskuddet som virksomheten kaster av seg, og bør da også bære det økonomiske tapet når tredjemann blir skadet. «Von og vågnad må fylgjast ad». <sup>667</sup>

(b) Bedriften har oftest langt større muligheter enn skadelidte til å fordele tapet videre på andre (pulveriseringshensynet). Dette kan enten skje ved en økning av produksjonsprisene eller ved at ansvarsforsikring tegnes.

(c) Det ulovfestede objektive ansvaret vokste fram fra slutten av 1800-tallet. Befolkningen ble dengang utsatt for nye farer som de vanskelig kunne sikre seg mot. Det var da naturlig at de som tok i bruk de nye tekniske hjelpemidlene, ble erstatningsansvarlige for eventuelle skader.

### 13.1.3 Kan man bli erstatningsansvarlig for et lovlig produkt?

I debatten om erstatningsansvar for tobakksindustrien nevnes det ofte som et forsvar for industrien at produksjonen, importen og salget av tobakksprodukter er lovlig. Tanken er at når tobakksprodukter tillates til tross for at det er kjent at produktene har skadevirkninger, så kan industrien ikke møtes med erstatningsrettslige «sanksjoner» når disse virkningene inntreffer. Det hevdes at tobakksselskapene ikke har gjort noe galt.

Resonnementet er imidlertid ikke holdbart. Lovlighet og erstatningsansvar vedrører, prinsipielt sett, to helt ulike forhold. Det ene utelukker ikke det andre, og det er ingen nødvendig sammenheng mellom de to. Riktignok vil en virksomhet som opptrer ulovlig eller som overtrer lovpålagte plikter, kunne komme i erstatningsansvar på grunn av sitt lovbrudd. Men man kan ikke trekke den motsatte slutningen. Vi har en rekke lovlige virksomheter og produkter i vårt samfunn som må finne seg i erstatningsansvar på objektivt grunnlag når skadevirkninger inntreffer, for eksempel bilbruk, produksjon og salg av legemidler, produksjon og salg av sprengstoff osv. Når et legemiddel har uventete bivirkninger, kan legemiddelprodusenten altså ikke forsvare seg med at legemidlet er lovlig.

667. Nicolai Gjeldsvik, *Innleiing i rettsstudiet*, Femte utgave, Oslo 1968 s 170 og 199 fl.

Argumentet om at lovlighet må utelukke ansvar, kan snus rundt: Dersom det med en tillatt virksomhet uunngåelig følger skadevirkninger, kan dette tale for et objektivt ansvar som del av en naturlig driftsomkostning ved vedkommende virksomhet. I motsetning til skyldansvaret, tjener det objektive ansvaret ikke først og fremst som en sanksjon mot uønsket atferd, men derimot som en risikoplassering der skaderisikoen naturlig og rimelig hører hjemme. Vi vil drøfte denne type argumenter nærmere her i kapittel 13.

#### 13.1.4 Utgangspunkter for de lege lata- drøftelsen

Problemstillingen er om skadevolderen eller skadelidte er nærmest til å bære det økonomiske tapet som følger av hendelig uhell. Det er intet vilkår for ansvar at skadevolderen er å bebreide for at skaden er inntrådt, heller intet vilkår at han kan lastes for å ha skapt risikoen for skade. Virksomheten kan være lovlig, jf også punkt 13.1.3 ovenfor.

Som Knut S. Selmer har uttalt, er det «ikke full enighet om hva som er den bærende tanke bak ansvaret, og det er ikke alltid lett å forutsi om domstolene vil statuere ansvar når de blir forelagt et nytt typetilfelle». <sup>668</sup>

Hvorvidt man vil pålegge objektivt ansvar, vil bero på en helhetsvurdering av forskjellige synspunkter. Viktig er det blant annet om de hensyn som begrunner det objektive ansvaret, er til stede, jf punkt 13.1.2 ovenfor.

Kristen Andersen la hovedvekten på følgende synspunkter:

«Ansvaret må forutsette et stadig og særpreget risikomoment, som særkjennes ved at det ut fra en statistisk bestemt påregnelighetsbetraktning fra tid til annen uunngåelig fører nærmere bestemte ulykker med seg. ... Skadesituasjonene må ikke ha karakteren av sporadiske innbyrdes uavhengige enkeltfenomener, men må fremtre som erfaringsmessig uunngåelige konsekvenser av en stadig virksomhet eller innretning.» <sup>669</sup>

Det er vel ikke tvil om at Kristen Andersen greide å samle de viktigste momentene i disse setningene. Men som han selv framhevet, må man ikke tro at disse formuleringene løser alle problemer.

Det gjelder ved det objektive ansvaret som ved culpaansvaret (kapittel 12), at dersom man skal komme problemene nærmere inn på livet, må man gå til rettspraksis. Vi har mange dommer på dette området, men her er det ikke plass til en omfattende gjennomgåelse. Vi skal bare nevne noen viktige dommer for å illustrere de hensynene som tillegges vekt når det avgjøres om objektivt erstatningsansvar skal ilegges.

Vi vil her som ved culpanormen bygge på rettspraksis fra Norges høyesterett og standardverkene i nyere norsk erstatningsrett. Kristen Andersens lærebok i erstatningsrett fra 1970 og den rettspraksis som han bygger på, viser det ulovfestede objektive ansvars omfang og utforming i 1950-, 1960- og 1970-årene.

Av nyere rettspraksis vil vi særlig vise til «P-pille-dom II». Dette er en viktig dom, og legemiddelindustrien og tobakksindustrien har visse likhetstrekk. <sup>670</sup> Det dreier seg i begge tilfeller om høyteknologiske industriprodukter som

<sup>668</sup> Knut S. Selmer, Erstatningsretten, Knophs oversikt over Norges rett, Oslo 1975 s 510-511.

<sup>669</sup> Kristen Andersen, Skadeforvoldelse og erstatning, Oslo 1970 s 322.

er utviklet i dette århundret. Men mens legemidler tar sikte på å hindre sykdom og lindre smerter, har tobakksprodukter ikke slike viktige positive formål; de er bare nytelsesmidler. Mens legemidler har visse bivirkninger, er tobakk et av de viktigste sykdomsframkallende og avhengighetsskapende produktene i moderne tid.

### 13.1.5 Risikomomentet

Det sies ofte at man legger stor vekt på risikomomentet når det skal avgjøres om objektivt ansvar skal pålegges. Dette er for så vidt riktig, men det sier egentlig ikke stort. Problemet er hvilke typer av risikoer som taler for ansvar og hvilke som taler for frifinnelse av skadevolder. I det følgende skal vi først ta for oss visse egenskaper ved risikoer som har betydning for om objektivt erstatningsansvar skal pålegges.

## 13.2 Et stadig risikomoment

---

### 13.2.1 Generelt om stadig risiko og objektivt erstatningsansvar

I en rekke dommer hvor det er ilagt objektivt ansvar, er det understreket at det forelå en «stadig» risiko for skadeforvoldelse.

Dette momentet er blant annet tillagt vekt i «vannledningsdommen» i Rt 1905 s 715. En vannledning i Bergen sprang i stykker, og skadelidte fikk erstatning. Vannverkets ledninger innebar «en stadig risiko for omgivelsene».

En annen dom som kan nevnes, er «knallperledom I (jernbanen)» i Rt 1909 s 851. En åtteårig gutt ble skadet av en knallperle som hadde blitt liggende igjen etter spregningsarbeid som Norges Statsbaner hadde utført. Flertallet i Høyesterett tilkjente erstatning på objektivt grunnlag. Det ble lagt vekt på at

«i det foreliggende tilfælde er det spørgsmaal om en virksomhed af meget stort omfang, hvor der i meget stor udstrækning anvendes dynamit af en mængde mennesker, og hvor som følge deraf ... forholdenes natur medfører, at man maatte være forberedt paa, at mer eller mindre af sprængstoffet uden foreliggende uagtsomhed fra nogen side kom på afveie og altsaa udsatte omgivelsene for ulykker af saa alvorlig beskaffenhed som den i nærværende sag omhandlede».

Denne dommen bør sammenlignes med «knallperledom II (fløtningsforeningen)» i Rt 1917 s 202. To gutter hadde brutt opp en redskapskasse som tilhørte en fløtningsforening og tatt noen knallperler som lå i kassen. Guttene mistet noen av knallperlene. De ble funnet av en pike som ga dem videre til andre barn. Et par knallperler havnet hos to åtteårige gutter. En perle eksploderte og guttene ble skadet. De fikk ikke erstatning. Stillingen var en annen enn i «knallperledommen I (jernbanen)», hvor det var spørsmål om ansvar for Norges Statsbaner som drev en omfattende og stadig sprengningsvirksomhet. Fløtningsforeningen var «en bedrift, der kun leilighetsvis, nu og da, og i et høist begrenset omfang benytter sprængstoff for at lette tømmerets framdrift».

---

670.I USA pågår en aktiv debatt om tobakksprodukter skal undergis regulering som «drug» (legemiddel). Se blant annet punkt 8.5 ovenfor.

En fjerde dom som viser at domstolene legger vekt på om det foreligger et stadig risikomoment, er «høyspentmastdommen» i Rt 1940 s 16. Her ble en åtteårig gutt skadet ved at han fikk høyspent strøm gjennom seg etter å ha klatret opp i en ledningsmast. Han fikk erstatning på objektivt grunnlag, og Høyesterett la blant annet vekt på at sterkstrømsanleggets ledninger frambød «et permanent og fremtredende faremoment for så vidt som enhver berøring, hvor det ikke anvendes særskilte beskyttelsesforanstaltninger, regelmessig er livsfarlig».

### **13.2.2 Tobakken representerer en stadig risiko for helseskader og nikotinvhengighet**

Tobakksindustrien har drevet en permanent virksomhet. De helserisikoer og den nikotinvhengigheten som knytter seg til tobakksrøyking, utgjør en stadig risiko for skader som røykere og potensielle røykere utsettes for. Røykingen starter ofte når vedkommende er barn eller ungdom. De dommene som er nevnt i punkt 13.2.1, gjelder i stor grad barn som er blitt utsatt for permanente risikoer.

Tobakksindustrien skaper også en stadig risiko for at fylkeskommuner og kommuner må behandle røykerelaterte sykdommer. I USA er utgiftene til dette anslått til ca 7 prosent av de samlede behandlingsutgiftene. Dette vil bli behandlet nærmere i kapittel 17 og 18.

## **13.3 Risikoens og skadens størrelse (skadeevnen)**

---

### **13.3.1 Generelt om skadeevnen og det objektive erstatningsansvaret**

Selv om en bedrift eller innretning utsetter omgivelsene for en stadig risiko, er det ikke sikkert at den blir erstatningsansvarlig på objektivt grunnlag når risikoen realiserer seg. Risikoen for skadeforvoldelse må også være av en viss størrelse. Risikoen må i alle fall være større enn den man utsettes for i dagliglivet.

Dette ble blant annet framhevet i «svingdørdommen» i Rt 1966 s 1352. Her kom en dame til skade i en svingdør på en restaurant. Hun ble nektet erstatning. Det var ikke kommet fram opplysninger som tydet på at «bruken av svingdører innebærer noen typisk risiko for ulykker som i nevneverdig grad overstiger hva dagliglivet ellers fører med seg av farer».

Samme synspunkt ble framhevet i «tuberkulosesmittedommen» i Rt 1960 s 429. En soldat som ble smittet av tuberkulose, ble nektet erstatning på objektivt grunnlag. Førstvoterende i Høyesterett framhevet «at faren for å bli smittet med tuberkulose ikke er noe typisk militært problem. ... Det dreier seg således her om en smitterisiko som man i høy grad er utsatt for også i det sivile liv, og ikke om en spesiell risiko for dem som gjør militærtjeneste».

Denne dommen kan sammenlignes med «koppevaksinasjonsdommen» i Rt 1960 s 841. En 18 årig gutt som skulle mønstre på et skip i utenriksfart, måtte koppevaksineres. Han fikk erstatning fra staten for den skade som oppsto (hjernehinne- og ryggmargsbetennelse). Det var opplyst at slike skader inntrådte i 0,75 tilfeller per 10 000 som ble vaksinert. Høyesterett la blant annet vekt på «at man her står overfor et faremoment som må sies å være ekstraordinært og særeget for vaksinasjon mot kopper. Det er ikke en risiko

som man ellers er utsatt for i dagliglivet». Det dagliglivet som Høyesterett her sikter til, er dagliglivet i Norge.

Som Peter Lødrup understreker, er det «ikke tvilsomt at objektivt ansvar også kan pålegges hvor det er meget sjelden at skade inntreffer ... . Det er risikoens tilstedeværelse, muligheten for at en alvorlig skade kan inntre som er avgjørende... . De fleste nitroglyserin-, dynamitt-, eller ammunisjonsfabrikker sprenges ikke i luften. Likevel er det ikke tvilsomt at når ulykken en gang er ute, blir resultatet objektivt ansvar!» Han viser blant annet til «P-pille-dom II» i Rt 1992 s 64.<sup>671</sup>

Det var her spørsmål om en legemiddelprodusent skulle bli ansvarlig for at en 23-årig kvinne fikk hjernetrombose, ble lam og mistet taleevnen, se punkt 15.2.2 og 15.3.5 hvor årsaksspørsmålet drøftes. Det ble antatt at risikoen for hjernetrombose ble fordoblet ved bruk av p-pillen (s 75). Om ansvarsgrunnlaget uttaler førstvoterende i Høyesterett:

«De hensyn som taler for objektivt ansvar i denne saken er langt på vei sammenfallende med de hensyn som har båret frem det ulovfestede objektive erstatningsansvar på andre områder: Risikoen er skapt ved utviklingen av nye produkter. Brukeren kan vanskelig vite om hun befinner seg i en risikogruppe. Det er en forsvinnende liten andel av brukerne som rammes, men konsekvensene for de som rammes kan bli katastrofale. Når p-pillen likevel tillates markedsført, er det fordi den ansees for å ha overveiende positiv betydning for de mange kvinner som bruker den. Det kan på denne bakgrunn hevdes at tapet for de få brukere som rammes katastrofalt, bør dekkes av produsenten som kan kalkulere dette som en omkostning. – Det foreligger som nevnt ikke tidligere rettspraksis i beslektede saker av særlig betydning for avgjørelsen av saken, men jeg vil likevel nevne koppevaksinedommen i Rt 1960 s 841. Erstatningsansvaret ble riktignok der pålagt staten som hadde påbudt koppevaksineringen, men de betraktninger om risikoens karakter som dommen bygger på, har en viss vekt også i vår sak.»

Det nevnes her at det er en «forsvinnende liten andel som rammes»; risikoen er altså liten. Likevel ble det ansvar. Det dreier seg om en risiko man ellers ikke utsettes for i dagliglivet. Dertil kunne konsekvensene bli katastrofale; skadeevnen var altså stor.

Ofte foretar domstolene ikke noen sammenligning mellom dagliglivets risikoer og den aktuelle risikoen. De bare konstaterer at risikoen er av en viss størrelse. Som eksempel kan nevnes «trekløverdommen» i Rt 1955 s 46. En skogbrann ved jernbanelinjen ble antatt å skyldes ett av følgende tre forhold:

1. Brennende sigaretter som ble kastet ut av toget.
2. Ulming i jordsmonnet etter jernbanens daugraskbrenning.
3. Gnistkasting fra togets bremseklosser.

Jernbanen ble erstatningsansvarlig på objektiv grunnlag for alle disse tre forholdene. Vedrørende alternativet sigarettkasting uttalte førstvoterende i Høyesterett at

«faren for at brann skal oppstå på en måte som her nevnt, og at skade derved skal voldes, blir særlig stor ved jernbanedriften. Jeg peker såle-

671. Peter Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, Oslo 1999 s 256.

des på det forhold at det i togene konsentreres et stort antall mennesker, og at togene for en stor del trafikerer strekninger hvor antennelse lett kan skje på grunn av vegetasjonen. Og er ild først tent, vil den – tross de linjevisitasjoner som foretas – lett få anledning til å gripe om seg fordi jernbanen mange steder går gjennom terreng hvor det bare er lite eller overhodet ingen annen trafikk.»

For objektivt ansvar ved alternativet daugrasbrenning uttalte førstvoterende i Høyesterett at man må regne med

«at det etter en slik daugrasbrenning kan bli liggende igjen ulmende rester, slik at ild kan blusse opp igjen, en tilstand som kan vedvare i lengre tid hvor bunnens beskaffenhet er «gunstig». Førstvoterende henviser så til en svensk professor som uttaler at ild kan blusse opp igjen «stundom etter flera dagar» til tross for at forholdsregler tas. Deretter uttaler førstvoterende at det «alt etter bunnens beskaffenhet – vil være til stede en større eller mindre fare for at ilden kan blusse opp igjen etter kortere eller lengre tids forløp».

Også for alternativet gnistkasting fra bremseklossene ble det lagt vekt på risikoens størrelse. Førstvoterende i Høyesterett sluttet seg til lagmannsrettens uttalelse om at det under bremsing

«i stor utstrekning rives løs fra bremsene større eller mindre partikler som i glødende tilstand slynges rett opp eller rett ned». Førstvoterende påpekte også at det i Sverige i løpet av «årene 1940–1943 iallfall har forekommet 15 tilfelle hvor brann er voldt ved gnister fra bremseklossene på elektriske tog».

I dette tilfellet hadde man en statistikk som viste skadefrekvensen. Hvis man har en slik statistikk, står man på tryggere grunn enn når risikoens størrelse skal vurderes på grunnlag av mer generelle erfaringsgrunnsetninger («common sense»).

I den før nevnte «høyspentmastdommen» i Rt 1940 s. 16 hadde man en nokså sikker statistikk. Denne viste at det for årene 1920–1938 var inntrådt «54 ulykker på grunn av uvedkommende personers klatring i kraftledningsmaster, for de overveiende antalls vedkommende klatring av barn». Som begrunnelse for objektivt ansvar for elektrisitetsverket anfører førstvoterende i Høyesterett blant annet:

«Erfaring viser at klatringsulykker som den i saken omhandlede langt fra er noen sjelden foreteelse ved sterkstrømanlegg, men et årvisst tilbakevendende fenomen.»

Også i «koppevaksinasjonsdommen» hadde man statistikk å vise til. Skade inntrådte i 0,75 av 10 000 tilfeller som ble vaksinert.

I «P-pille-dom II» var det opplyst at risikoen for hjernetrombose ble fordoblet ved bruk av p-piller.

Hvis man ikke har statistikk som viser hvor mange ulykker som skyldes en bestemt risiko, må dommeren søke å danne seg et bilde av risikoens størrelse på andre måter. Uttalelser fra sakkyndige kan gi veiledning, jf ovenfor om den svenske professorens uttalelse om daugrasbrenning. Ellers må dommeren bygge på sunn fornuft og vanlige erfaringssetninger, ofte kalt «common sense»-betraktninger. Også når det foreligger statistikk og/eller sakkyn-

dige uttalelser må dommeren i større eller mindre grad supplere med egne vurderinger når det skal tas stilling til risikoens størrelse. Det er ofte ikke mulig eller nødvendig å foreta noen eksakt beregning av risikoens størrelse. Dommeren foretar som regel det Kristen Andersen kaller en «populærstatistisk eller gjennomsnittsinfluert påregnelighetsbetraktning».<sup>672</sup>

Noen ganger vil det være klart at den skade som har inntrådt, er et enkeltfenomen, og ikke et utslag av en risiko som erfaringsmessig fra tid til annen uunngåelig fører til nærmere bestemte skader. Et eksempel hvor skadeforvoldelsen kom som «lynet fra den klare himmel»<sup>673</sup> er «ståltradddommen» i Rt 1933 s 475. Far og sønn strakk en ståltråd som skulle danne retningslinje for en grøft. Tråden brast, og den ble slynget i været og kom bort i en elektrisk høyspentledning som gikk over eiendommen. Gutten ble skadet, men fikk ikke erstatning fra elektrisitetsvesenet på objektivt grunnlag. Høyesterett bygde på at uhellet måtte «ansees for at være av saavidt enestaaende og uforutseelig art, at det finnes at ligge utenfor rimelighetens grenser at paalegge bedriften ansvar for den derved forvoldte ulykke».

Et annet eksempel hvor det ble bygd på synspunktet om enkeltstående uhell er «bøyledommen» i Rt 1948 s 719. Etter anvisning fra havnelosen gikk et skip til ankers, og det akterfortøyet i to av havnevesenets fortøyningsfester. Under sterk kuling eller liten storm røk slagbolten i den ene bøylene og skipet drev inn i to sjøboder i Bergen. Bodenes eier fikk ikke erstatning fra Bergen havnevesen (som eide fortøyningsbøylene). Førstvoterende i Høyesterett ga følgende begrunnelse:

«Den materialbrist som her er inntruffet er ikke noen hendelse som særpreger havnevesenets bedrift. Tilsvarende uhell vil like snart kunne tenkes ved nær sagt alle de innretninger eller redskaper som nyttes i en eller annen virksomhet. Det foreligger da heller ikke noen uungåelig eller statistisk beregnelig risiko eller fare av nettopp denne art. Tilfellet skiller seg for så vidt fra de i Rt. 1905 s 715 ff. og i Rt. 1940 s 16 ff. omhandlede om ansvar for vannledningsbrudd og for ulykker ved berøring av høyspente elektriske ledninger. I vårt tilfelle står en overfor et ganske enkeltstående uhell, med sin spesifikke årsakssammenheng, som knytter seg til den skjulte materialfeil i godset. Av tidligere tilfelle har det i saken bare vært påberopt et enkelt hvor skade er voldt. Bristingen av bolten var ikke noe som man i tidens medfør erfaringsmessig måtte regne med. For så vidt betegner tilfellet en distinkt forskjell fra gesimsdommen fra Drammen i Rt. 1939 s 766 ff» (kursivert her).

### 13.3.2 Tobakkens skadeevne

Når helserisikoen som knytter seg til tobakksbruk realiserer seg, dreier det seg ikke om enkeltstående uhell, men om betydelig risiko som uvegerlig fra tid til annen fører til sykdom, uførhet og dødsfall. Det foreligger et omfattende statistisk materiale om disse risikoers størrelse som vil bli viktig i saker om erstatningsansvar mot tobakksindustrien. De risikoer som knytter seg til bruk av tobakksvarer, er langt større enn de risikoer for sykdom, uførhet og dødsfall samt den risiko for avhengighet av stoffer som vi utsettes for i dagliglivet,

672.Kristen Andersen, Skadeforvoldelse og erstatning, Oslo 1970 s 314 og 328.

673.Kristen Andersen, Skadeforvoldelse og erstatning, Oslo 1970 s 314.



se punkt 3.2 ovenfor. Det kan nevnes at risikoen for lungekreft tidobles ved røyking, risikoen for kreft i spiserøret femdobles, og risikoen for hjertesykdom mer enn dobles. Dette kan sammenlignes med «P-pille-dom II» hvor det legges til grunn en fordobling av risikoen for trombose ved P-pille bruk.

De fleste av momentene som nevnes i «P-pille-dom II» er også av betydning i forbindelse med tobakksskader: Risikoen ved røyking er først og fremst skapt ved nye produkter, se kapittel 2 i denne utredningen. Brukerne av tobakksvarer har vanskelig for å vite om de er i en risikogruppe. Konsekvensene for dem som rammes av røykerelaterte sykdommer og dødsfall, er katastrofale.

I «P-pille-dom II» legges det også vekt på at p-pillen «ansees for å ha overveiende positiv betydning for de mange kvinner som bruker den». Det samme kan neppe sies om tobakken. Riktignok hevdes det at røyking kan være avslappende og stimulerende, men røyking skjer først og fremst fordi tobakken er sterkt avhengighetsskapende. Dertil er de samlede negative helsekonsekvensene svært omfattende for de fleste av røykerne, se kapittel 3.

I «P-pille-dom II» ble det framhevet at det var «en forsvinnende liten andel av brukerne som rammes»; her er situasjonen en annen for røykerne. Men i dommen framheves det at skadenes omfang kunne bli «katastrofale». Skadeevnen var derfor stor. Risikoen var mye større enn dagliglivets ordinære risikoer. Her er situasjonen den samme som for tobakksrøyking.

Det er interessant å merke seg at jernbanen ble ansvarlig på objektivt grunnlag for at passasjerer kastet sigaretter ut av vinduet (Rt 1955 s 46). Det er et viktig kjennetegn ved sigaretter at de «nytes» i brennende tilstand, og at det er fare for brann når de kastes uten å bli skikkelig slukket. Det kan være like nærliggende at de som masseproduserer, importerer og/eller selger sigaretter, skal bli ansvarlige for brann på grunn av sigaretter, som at de som befordrer røykende passasjerer skal bli ansvarlige. — Dertil er risikoen for helseskader generelt sett langt større og mer typisk ved bruk av sigaretter enn risikoen for brann. Tobakksindustrien må være nærmere til å bære helserisikoen som er knyttet til dens produkter enn jernbanen og industrien er når det gjelder en mer uvedkommende brannrisiko.

### **13.4 Om risikomomentet er særpreget/typisk**

---

#### **13.4.1 Generelt om særpreget risiko og objektivt ansvar**

I «bøyledommen» i Rt 1948 s 719 ble det understreket at materialbrist ikke er noe som «særpreger havnevesenets bedrift». Hvis stillingen hadde vært den motsatte, ville havnevesenet kanskje blitt erstatningsansvarlig. Etter premissenes utforming er det mulig at det ville ha blitt ansvar hvis det hadde foreligget en særpreget risiko selv om risikoens størrelse ikke var så stor. I alle fall må det antas at den omstendighet at en risiko kan betegnes som særpreget, er et argument som taler for objektivt ansvar ved siden av argumentet om risikoens størrelse. Men det er ikke alltid lett å skille mellom disse to argumentene. Undertiden er det heller ikke hensiktsmessig å foreta et slikt skille.

I «bøyledommen» får man en slags forklaring på hva det ligger i begrepet «særpreget». Når materialbristen ikke særpreger havnevesenets bedrift, så er

det fordi tilsvarende uhell «like snart kunne tenkes ved nær sagt alle de innretninger eller redskaper som nyttes i en eller annen virksomhet». Man skal altså se på om risikoen er typisk for den virksomheten det er spørsmål om å pålegge objektivt ansvar for, eller om det er en «alminnelig» risiko som folk utsettes for.

I to av de dommene som ble nevnt i punkt 13.3.1, ble det også lagt vekt på at det forelå et særpreget risikomoment. I «trekløverdommen» la Høyesterett ved alternativet gnistkasting fra bremseklossene vekt på at det dreide seg om «et særpreget faremoment ved jernbanedriften». Og i «koppevaksinasjonsdommen» la Høyesterett vekt på at «det her er tale om en risiko som er særegen for vaksinasjon».

Også i «gesimsdommen» (Rt 1939 s 766) ble det lagt vekt på at det forelå et særpreget risikomoment. Et gesimsstykke styrtet ned fra en av Drammens hotelleiendommer og traff en vinduspusser i hodet. Gjenlevende fikk erstatning på objektivt grunnlag fra hotelleieren. Førstvoterende i Høyesterett uttalte blant annet:

«Selv med det beste tilsyn og den største påpasselighet fra en eiers side må det regnes med den mulighet at deler av en gesims av konstruksjon og materialer som den omhandlede kan falle ned, og hvor eiendommen som her ligger til almindelig beferdet sted, må eieren videre regne med at en sådan nedstyrting lett kan medføre ulykke. En gesims som den foreliggende representerer et særpreget og ekstraordinært faremoment ved bygningen.»

#### **13.4.2 Sykdommer som typisk knytter seg til tobakksrøyking**

Lungekreft er en helserisiko som er særpreget for tobakksrøyking. Også mange andre sykdommer er typisk knyttet til røyking. Det vises til kapittel 3 i denne utredningen.

I Engel-saken fra Florida kom juryen til at det var godtgjort at minst 20 skade- og sykdomstilstander skyldtes sigarettøyking. Det var blant annet lungekreft, halskreft, tungekreft, blærekreft, nyrekreft, lungeemfysem, slag, hjertelidelser og svangerskapskomplikasjoner, se punkt 9.3.13 ovenfor. Ved beregning av privat sykeforsikringshelseutgifter i USA er det blitt regnet med 19 sykdomsgrupper som anses røykerelaterte, se Knut Ringens utredning i vedlegg 3, tabell 3.5.

### **13.5 Om risikomomentet er ekstraordinært**

---

#### **13.5.1 Generelt om ekstraordinær risiko og objektivt ansvar**

I «gesimsdommen» i Rt 1939 s 766 understrekes det at faremomentet ikke bare er «særpreget», men at det også er «ekstraordinært». Begrepet «ekstraordinært faremoment» kan delvis peke på det samme som begrepet «særpreget» og delvis på at risikoen må være av en viss størrelse; jf første setning i sitatet fra «gesimsdommen» og punkt 13.4.1 ovenfor. Det er ikke tale om noen ordinær risiko slik som dagliglivets risikoer.

Men begrepet «ekstraordinært» har antagelig også en selvstendig mening utover dette. Begrepet kan peke på at det dreier seg om risikoer som er nye, uventede, uvanlige og/eller upåregnlige for potensielle skadelidte, og som de

av den grunn ikke eller vanskelig kan innrette seg etter. Selv om slike risikoer ikke er så store, volder de problemer for potensielle skadelidte fordi de ikke kan sikre seg mot dem. Når skadeforvoldelse finner sted, kan det da være mer rimelig at skadevolderen enn skadelidte skal bære det økonomiske tapet.

Især hvis det er tale om nye virksomheter og innretninger, vil risikoen være ekstraordinær sett fra skadelidtes synspunkt (ofte også sett fra skadevolderens synspunkt). Det var nettopp nye risikoer som kom i forbindelse med den tekniske utviklingen, som var foranledningen til at vi fikk et objektivt bedriftsansvar i Norge. I «bølgeslagdommen» (Rt 1874 s 145) ble det blant annet lagt vekt på at dampskipet var «noget ganske nyt». Og i «nitroglyserindommen» (Rt 1875 s 330) er problemstillingen knyttet til spørsmål om ulempene «ere at anse som saa ekstraordinære og uforholdsmæssige, at Naboen ikke behøver at finde sig deri».

I «P-pille-dom II» uttaler førstvoterende (Rt 1992 s 64, på s 79): «Risikoen er skapt ved utviklingen av nye produkter. Brukeren kan vanskelig vite om hun befinner seg i en risikogruppe.»

Når man legger vekt på at risikoen er stadig, stor og særpreget (se punkt 13.2, 13.3 og 13.4. ovenfor) foretas vurderinger ut fra skadevolderens synspunkt, mens spørsmålet om ekstraordinært risikomoment vurderes ut fra skadelidtes synspunkt. Nils Nygaard legger stor vekt på begrepet rolleforventning og uttaler blant annet at

«kravet om stadig og typisk risiko blir vurdert fra skadevolderens plass i situasjonen. Altså risikoen ved at vedkomande verksemd eller bedrift, ting eller innretning, skal påføra andre skade.

Men dersom ein dreier scenen, og ser risikoen ut frå skadelidtes plass i situasjonen, kan risikobiletet bli eit anna. Frå hans plass kan risikoen og skaden vera uventa, ekstraordinær, upårekneleg. Det er i første rekke det som er uventa sett frå skadelidnes plass i situasjonen skadelidne treng vern mot.»<sup>674</sup>

### 13.5.2 Tobakksrøyking som et ekstraordinært risikomoment

For de fleste av dem som begynte å røyke i 1940- og 1950-årene, framsto påregneligheten for lungekreft og andre sykdommer som ikke-eksisterende eller liten. De ble utsatt for en ekstraordinær risiko som de den gang ikke hadde tilstrekkelig kunnskaper om. Etter hvert fikk en del av befolkningen et visst grunnlag for å anta at røyking var skadelig. Men det forhold at den norske legestanden lenge forholdt seg kritisk vurderende og forbeholden til de internasjonale forskningsresultatene om tobakkens skadevirkninger, medførte at folk flest ikke fikk sikre kunnskaper på dette området. Videre ble det opplysningsarbeidet som ble drevet i 1950- og 1960-årene, delvis uthulet ved tobakksindustriens intensiverte og stadig mer sofistikerte reklamevirksomhet, se punkt 5.7 ovenfor og vedlegg 6.

Da tobakken ble introdusert i Norge og i mange år deretter, ble den betraktet som et naturprodukt og et nytelsesmiddel. Da de første viktige medisinske rapportene om helseskadene ved røyking kom i 1950-årene, ble det klart at tobakken var en ny fare. Enda klarere ble dette for tobakksindustrien da den fikk kunnskaper om den sterke nikotinavhengigheten. Etter at

674.Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 262.

tobakken endret karakter fra å være et landbruksprodukt til å bli et industriprodukt, representerte tobakken nye farer, se kapittel 2 og 6. Introduksjonen av filter- og senere «light»-sigaretter har bidratt til at folk flest har trodd at de har røyket «sikrere» sigaretter enn det som har vist seg å være tilfellet. Også dette kan betegnes som nye farer, eller iallfall undervurderte farer.

### 13.6 Påregneligheten for at skade skal inntre

---

#### 13.6.1 Generelt om påregnelighet og objektivt ansvar

Den omstendighet at et faremoment er ekstraordinært – altså at det er lite påregnelig for potensielle skadelidte at skade kan inntre – taler etter det som er sagt i punkt 13.5 for at skadevolderen skal betale erstatning. Skadelidte trenger vern mot risikoer som han eller hun ikke kan regne med å bli utsatt for. Påregneligheten for at skade skal inntre vil undertiden være den samme for de potensielle skadevolderne som for de potensielle skadelidte. Men ofte vil en potensiell skadevolder ha større muligheter til å innse risikoer ved sin virksomhet enn potensielle skadelidte. Det gjelder særlig når potensiell skadevolder masseproduserer varer for alminnelige forbrukere.

Den rettslige betydningen av høy og lav påregnelighet hos skadevolderen og skadelidte er meget forskjellig. Dersom det er svært vanskelig for skadevolderen å innse de risikoer som er knyttet til hans eller hennes virksomhet, er det en omstendighet som sammen med andre forhold kan føre til at han blir fritatt for objektivt ansvar. I domspremisser er det som regel den motsatte konstellasjonen man møter. Det uttales at skadevolderen kunne ha regnet med at skadeforvoldelse ville inntre, og at dette er noe som taler for erstatningsansvar. I «knallperledom I (jernbanen)», som er omtalt i punkt 13.3.1 uttaler førstevoterende

«at man maatte være forberedt paa, at mer eller mindre af sprængstoffet uden foreliggende uagtsomhed fra nogen side kom paa afveie og altsaa udsatte omgivelserne for ulykker af saa alvorlig beskaffenhed som den i nærværende sag omhandlede. Jeg mener, at en virksomhed af den natur, at slige følger må siges at være paaregnelig knyttet til dens udøvelse, bør medføre erstatningspligt for udøveren» (kursivert her).

Også i «høyspentmastdommen», som er omtalt i punkt 13.3.1, blir det lagt vekt på påregnelighetsbetraktninger. Etter å ha uttalt at klatringsulykker er «et årvis tilbakevendende fenomen» og henvist til statistikk om «stedfunne ulykker» uttaler førstevoterende: «Det er med andre ord noe man generelt må regne med.»

Tilsvarende synspunkter ble også tillagt vekt i «gesimsdommen» som er omtalt i punkt 13.4.1. Selv med den største påpasselighet fra eierens side «må det regnes med den mulighet at deler av en gesims ... kan falle ned, og ... eieren må videre regne med at en sådan nedstyrting lett kan medføre ulykke» (kursivert her).

Påregneligheten for at skade skal inntre vil som regel være større desto større risikoen er, jf punkt 13.3.1. Men det er ikke alltid at potensielle

skadevoldere innser eller har mulighet til å innse de risikoer som objektivt sett er knyttet til virksomheten.

Det at man legger vekt på påregnelighetsbetraktninger, gjør at det objektive ansvaret også får et subjektivt preg. Man tar hensyn til om skadevolderen visste om eller burde regne med bestemte risikoer. Men det er intet vilkår for objektivt ansvar at skadevolderen kan bebreides for at han fortsetter sin virksomhet til tross for at skadeforvoldelse er påregnelig. Det er bare et moment som taler for at han bør betale erstatning hvis skade inntreffer. Og det er neppe noen nødvendig betingelse for erstatningsansvar at skadeforvoldelsen er påregnelig. Det er bare ett av flere momenter som taler for ansvar.

### **13.6.2 Påregnelige følger ved tobakksrøyking**

Det har klart nok vært påregnelig for industrien at tobakksbruk medfører sykdom og dødsfall. Fra midten av 1950-årene har det generelt i samfunnet funnet sted en gradvis økende erkjennelse av at tobakksbruk kan medføre helseskader. Som nevnt i punkt 4.2.5 ovenfor viser nye studier fra legevitenenskapen at tidligere undersøkelser og antagelser faktisk har undervurdert langtidssrisikoene ved tobakksrøyking. Selv om man ikke måtte finne grunnlag for å bebreide tobakksindustrien for at den fortsatte å produsere og selge tobakksvarer – slik at culpaansvar kan inntre – kan den bli ansvarlig på objektivt grunnlag.

## **13.7 Teknisk svikt og teknisk ufullkommenhet**

---

### **13.7.1 Generelt om slik svikt og objektivt ansvar**

Det har vært drøftet om det er en nødvendig betingelse for å illegge objektivt ansvar at en skade kan tilbakeføres til teknisk svikt i skadevolderens bedrift/innretning. Motsetningen til skader som skyldes teknisk svikt, er skader som inntreffer ved ordinær drift.

Som eksempel på teknisk svikt kan nevnes at bremsene på sporvogn går i stykker, at en høyspentmasts konstruksjon svikter, og at en fortøyningsbøye ryker. Som eksempler på skader som skyldes ordinær drift, kan nevnes at noen blir påkjørt av sporvogn som går i ordinær rute og fart, at noen kommer i berøring med en høyspentledning uten at det er noen svikt ved ledning eller mast, og at noen får hånden inn i kranfoten på en kullkran.

Allerede på grunnlag av de eksemplene som her er nevnt, kan det fastslås at man i alle fall ikke kan oppstille noen alminnelig regel om at objektivt ansvar bare kan illegges ved skader som skyldes teknisk svikt. «P-pille-dom II» kan nevnes som et eksempel på at objektivt ansvar ble pålagt ved en skade som skyldtes ordinær bruk.

Med teknisk svikt har man sidestilt teknisk ufullkommenhet. Det er imidlertid ikke så lett å ta stilling til hva man bør legge i betegnelsen «teknisk ufullkommenhet». Selv om denne betegnelsen tas i en vid betydning, er det klart ikke noe alminnelig vilkår for objektivt ansvar, at det foreligger teknisk ufullkommenhet.

Som eksempel kan nevnes «trekløverdommen» i Rt 1955 s 46 som er omtalt i punkt 13.3.1. Her ble jernbanen ansvarlig på objektivt grunnlag for brann som kunne skyldes at passasjerer kastet sigaretter ut av vinduet.

Selv om det ikke er noe alminnelig vilkår for ulovfestet objektivt ansvar at det foreligger teknisk svikt eller teknisk ufullkommenhet, kan det på spesielle områder reises spørsmål om det kan oppstilles et slikt vilkår. Det gjelder for eksempel for sporveiene, men dette er det ikke nødvendig å gå nærmere inn på her.

Et annet forhold er at den omstendighet at det foreligger teknisk svikt eller teknisk ufullkommenhet, vil kunne tale for objektivt erstatningsansvar. Skadelidte har et særlig behov for rettsvern når noe svikter eller er ufullkommet. Og potensielle skadevoldere er nærmest til å hindre slike skader.

### **13.7.2 Teknisk svikt og teknisk ufullkommenhet i forhold til tobakksvarer**

Når jernbanen i «trekløverdommen» i Rt 1955 s 46 ble erstatningsansvarlig for brann som skyldes at passasjerer kastet sigaretten ut av vinduet, må tobakksindustrien kunne bli ansvarlig for den ordinære bruk av tobakksvarer (sigarettrøyking o l) som fører til helseskader og nikotinavhengighet.

Det må kunne sies at tobakksvarer er ufullkomne eller lider av sikkerhetsmangler når de ved ordinær bruk fører til meget omfattende helseskader og sterk nikotinavhengighet. Dette er momenter som er viktige i forhold til produktansvaret, se kapittel 14, men de kan også få betydning i forhold til det ulovfestede objektive ansvaret.

## **13.8 Om det etter en interesse- avveining er rimelig at skadevolderen blir ansvarlig**

---

### **13.8.1 Innledning**

Når man skal avgjøre om objektivt ansvar skal ilegges, er problemstillingen om skadelidte eller skadevolderen er nærmest til å bære det økonomiske tapet som følger av hendelig uhell. Skadevolderens virksomhet er lovlig og han kan ikke lastes for at han skaper bestemte risikoer for skadeforvoldelse.

I punkt 13.2 og 13.6 gjorde vi rede for at risikoens art (stadig, stor, sæpreget, ekstraordinær og påregnelig) har betydning når spørsmålet om objektivt ansvar skal avgjøres. Når disse egenskapene ved risikoen tillegges vekt, er det fordi det er mer rimelig og nærliggende at skadevolderen blir ansvarlig ved visse risikoer enn ved andre risikoer.

Her i punkt 13.8 skal vi behandle de momentene som taler for objektivt erstatningsansvar som i første rekke har sammenheng med skadevolderens virksomhet. Det er selvsagt ikke lett – og kanskje ikke alltid hensiktsmessig – å skille mellom momenter som knytter seg til risikoen og momenter som knytter seg til virksomheten. Men disposisjonsmessig kan det være forsvarlig å foreta en slik sontring.

### **13.8.2 Skadevolderens interesse i virksomheten**

Før den industrielle revolusjonen var skadevolder- og skadelidterollene nokså jevnlig fordelt i befolkningen. Men i forrige århundre vokste det fram bedrifter og virksomheter som innebar et skadevolderpotensiale som langt oversteg det skadevolderpotensialet som en alminnelig kvinne og mann utsatte sine omgivelser for. Samtidig hadde de nye bedriftene sterke økonomiske interesser knyttet til sin virksomhet. Og det var rimelig at de som fikk de økono-

miske fordelene, også skulle bære de økonomiske ulempene (skadene) som virksomhetene påførte andre.

I «bølgeslagsdommen» i Rt 1874 s 145 uttalte førstvoterende i Høyesterett at det ville være

«unaturlig og ubillig at lade det gaa udover de uskyldige Ejere af [de tilstødende Eieindomme], i stedet for at lægge Ansaret paa dem som har truffet den nye Foranstalning hvorfra Skaden hidhører. ... Det vilde ... være utilbørligen at begunstige Dampskibets Ejere eller de deri paa anden Maade Interesserede paa de tilstødende eieres Bekostning ....»

I «trekløverdommen», som er omtalt i punkt 13.3.1, ble det for alternativet daugrasbrenning lagt vekt på skadevolderens interesse i virksomheten. Etter å ha drøftet risikomomentet (faren for at ilden skulle blusse opp igjen) framhevet førstvoterende i Høyesterett:

«Når jernbanen da, for å unngå tilfeldige antenner, og dermed også for å unngå erstatningsansvar for brann som følge av sanne antenner, finner regelmessig å måtte foreta slik daugrasbrenning, så må det etter min mening følge av de regler om objektivt ansvar som rettspraksis har etablert, at jernbanen også må bære ansvaret for det risikomoment ved driften som denne avsviingen frembyr.»

Også i «koppevaksinedommen», som er omtalt i punkt 13.3.1, la Høyesterett vekt på skadevolderens interesse i virksomheten: «... det må være rimelig og riktig at staten, som har påbudt vaksinasjonssinngrepet i samfunnets interesse, også tar den økonomiske risiko for skader som dette måtte medføre».

Et fjerde eksempel fra rettspraksis, hvor det ble lagt vekt på tilsvarende synspunkter, er «gesimsdommen» som er omtalt i punkt 13.4.1. Førstvoterende uttaler her:

«Enten nedstyrtingen da skyldes mangelfull opførelse eller som her ordinær forringelse i tidens løp, tilsier en rimelig avveining av alle interesser efter min opfatning at bygningens eier må ansees nærmere til å stå risikoen, altså bære den skade nedstyrtingen forårsaker, enn den tilfeldig forulykkede utenforstående tredjemann.»

En femte dom som vi vil nevne under dette punktet, er «løftekrandommen» i Rt 1969 s 109. En kraneier ble erstatningsansvarlig på objektivt grunnlag for at en løftekran plutselig brøt sammen. Førstvoterende i Høyesterett uttaler her:

«Bruken av store løftekraner fører fra tid til annen til at det voldes skade. Den som driver kranservice som ervervsmessig virksomhet, kan forutse dette, og han må være ansvarlig for skade som virksomheten kan ventes å føre med seg uten hensyn til om skaden i det enkelte tilfelle skyldes feil av en art som sjelden forekommer. Han er også den som gjennom aktsom bruk, tilsyn og vedlikehold har størst mulighet for å forebygge at en kran blir svekket med den følge at det kan voldes skade ved en belastning som kranen er forutsatt å skulle tåle.»

Dette er momenter som er viktige når vi skal vurdere tobakksindustriens ansvar: Industrien har hatt meget store inntekter fra tobakken, og det kan framstå

som rimelig at den også skal bære (noen av) de økonomiske utgiftene og belastningene som knytter seg til bruk av tobakk.

### 13.8.3 Prevensjonshensynet

Siste setning i «løftekrandommen» (Rt 1969 s 109, se punkt 13.8.2 i.f.) viser at man også legger vekt på om det er skadevolderen eller skadelidte som har størst muligheter til å forebygge skadeforvoldelse («gjennom aktsom bruk, tilsyn og vedlikehold har størst mulighet til å forebygge»). På områder hvor et objektivt ansvar kan fremme prevensjon, vil man lettere ilegge objektivt ansvar enn på andre områder.

I det meste av dette århundret er det tobakksindustrien som har bestemt hvordan sigaretter skal produseres; filter, nikotininnhold, tilsetningsstoffer, tjæreinnhold m m. Tobakksindustrien har hatt større muligheter til å forebygge de store helseskadene som knytter seg til bruk av tobakk enn forbrukerne. Dette er et moment som taler for objektivt erstatningsansvar for tobakksindustrien.

### 13.8.4 Pulveriseringshensynet

Dersom skadevolderen har muligheter til å fordele tapet på andre, vil man lettere ilegge ham eller henne objektivt ansvar enn ellers. Pulverisering kan skje ved at skadevolderen bærer tapet som en driftsomkostning, kanaliserer det videre ved å ta høyere produktpriser eller ved å kjøpe mindre av varer og tjenester fra andre.

En annen metode som kan brukes for å pulverisere tapet, er å tegne forsikring. Tapet kanaliseres da fra skadelidte til skadevolder og videre til et forsikringsselskap. Selskapet dekker de enkelte utbetalingene gjennom forsikringspremier fra en rekke forsikringstagere. En dom hvor forsikringshensynet ble tillagt vekt, er «høyspentmastdommen», som er omtalt i punkt 13.2.1. Førstvoterende uttaler her:

«Når sterkstrømsanleggene under disse forhold ikke innretter eller av tekniske eller økonomiske grunner ikke kan innrette seg således at berøring av ledningene under klatring hindres, tilsier en naturlig og rimelig avveining av interessene at elektrisitetsverkene selv bærer risikoen for ulykker som den i saken omhandlede. Ved avgjørelsen av om det skal konstateres objektivt ansvar eller ikke, må en som et moment etter min mening være berettiget til å ta hensyn til den adgang et elektrisitetsverk har til å tegne ansvarsforsikring således at den økonomiske side for verket følgelig ikke behøver å bety annet enn en årlig risikopremie på verkets driftsbudsjett. Hvor vidt et elektrisitetsverk i det enkelte tilfelle er forsikret eller ikke, er derimot selvsagt uten enhver betydning for et foreliggende erstatningskrav» (kursivert her).

Etter dette skal man ikke bare legge vekt på om forsikring er tegnet, men også om det er adgang til å tegne forsikring. Hvor det er adgang til å tegne forsikring, vil man ofte finne at forsikring burde vært tegnet. Dette gjelder især når skadeforvoldelse er påregnelig, jfr. punkt 15.6. Hvis skadevolderen ønsker å stå selvforsikret, har han selvsagt full adgang til å gjøre dette, men han skal ikke derved slippe et erstatningsansvar som han ville ha blitt ilagt om forsikring hadde vært tegnet.



I «P-pille-dom II» ble det lagt vekt på at legemiddelprodusenten kunne pulverisere tapet: «Det kan på denne bakgrunn hevdes at tapet for de få brukere som rammes katastrofalt, bør dekkes av produsenten som kan kalkulere dette som en omkostning.» (Rt 1992 s 64, på s 79).

Det forekommer også situasjoner hvor det ville vært naturlig for potensielle skadelidte å tegne forsikring. Men det er langt sjeldnere at domstolene legger vekt på dette enn på skadevolderens forsikringer og forsikringsmuligheter.

Når det gjelder helseskader som knytter seg til bruk av tobakk, har tobakksindustrien langt større muligheter enn de skadelidte til å pulverisere tapet. For den enkelte som blir rammet, vil tapet kunne være meget stort; for tobakksindustrien vil det på flere måter være mulig å fordele tapet på mange personer. En mulighet er å øke prisen på tobakksvarene. En annen mulighet er å redusere aksjeutbyttet og andre fortjenester for eierne av tobakksfabrikkene. En tredje mulighet er å redusere driftsutgiftene; det synes for eksempel urimelig at tobakkindustrien skal kunne bruke store pengesummer til markedsføringstiltak som tar sikte på å øke salget, og til lobbyvirksomhet som tar sikte på å hindre offentlige tiltak mot tobakksskadene, men at den ikke skal betale erstatninger til dem som blir skadet av tobakksproduktene.

### 13.9 Konklusjoner

---

Ved spørsmål om det skal ilegges erstatningsansvar på ulovfestet objektivt grunnlag, legges det vekt på en rekke momenter, særlig knyttet til de risikoer som er skapt og rimeligheten i å pålegge skadevolderen ansvar. Disse momentene trekker klart i retning av at tobakksindustrien kan bli erstatningsansvarlig på objektivt grunnlag. Produksjon og salg av tobakksvarer representerer en stadig, stor, særpreget, ekstraordinær og påregnlige risiko for alvorlige helseskader og sterk nikotinavhengighet. Det er mer nærliggende at tobakksindustrien bærer de økonomiske konsekvensene av dette enn de enkelte som rammes. Tobakksindustrien har store inntekter ved sin virksomhet og har muligheter til å pulverisere tapet.

Som argument mot ansvar for tobakksindustrien anføres det ofte at røykerne må anses å ha akseptert de store og alvorlige risikoer som knytter seg til røykingen. Dette skal drøftes i kapittel 16 nedenfor, se særlig punkt 16.4.

## Kapittel 14

# Produktansvar for tobakksindustrien

### 14.1 Innledning

---

I kapittel 12 og 13 har vi drøftet om tobakksindustrien kan bli erstatningsansvarlig etter culpanormen og/eller etter det ulovfestede objektive ansvaret. Spørsmålet i dette kapitlet er om industrien i egenskap av produsent, importør og/eller selger av sigaretter og andre tobakksvarer kan bli ansvarlig for helseskader som bruk av tobakksvarer medfører.

Vi har hatt en omfattende drøftelse i nordisk rettslitteratur om selgerens ansvar for salgsgjenstandens farlige eller skadevoldende egenskaper. De klassiske eksemplene var forgiftet dyrefôr som førte til skade på kjøperens husdyr, stein i wienerbrød som førte til skade på tenner, og brusflasker som ble sprengt og skadet dem som var i nærheten. Spørsmålet var om kjøpslovens objektive erstatningsregler ved mislighold av genusforpliktelser omfattet slike tap.

Inspirert av rettsutviklingen i USA og flere land i Europa, ble begrepet produktansvar introdusert i nordisk rettsteori i midten av 1970-årene. Det dreide seg om formuleringer av problemstillinger som tok utgangspunkt i masseproduksjon av forbruksgjenstander, drøftelser av de hensyn som gjorde seg gjeldende i slike situasjoner, og undersøkelser av hvor langt produsentene kunne bli ansvarlige etter de tradisjonelle erstatningsgrunnlagene. Det var den gang ikke spørsmål om et eget erstatningsgrunnlag ved siden av culpanormen, ulovfestet objektivt ansvar, kjøpslovens regler om objektivt ansvar for genusforpliktelser m m.

Lov om produktansvar ble vedtatt 23. desember 1988. Den trådte i kraft 1. januar 1989, og får ikke anvendelse på produkter som har forlatt produsentens kontroll før dette tidspunktet. I tobakksaker vil det ofte dreie seg om røyking som fant sted før 1. januar 1989, eventuelt at vedkommende hadde sluttet å røyke før dette tidspunktet. Derfor vil eldre rett fortsatt kunne være av betydning.

### 14.2 Ansvar etter den tidligere kjøpsloven for salgsgjenstandens farlige egenskaper

---

#### 14.2.1 Problemstillingen

Den tidligere kjøpsloven av 24. mai 1907 inneholdt i § 43 regler om «kjøp af gjenstand, som er bestemte efter art». Etter tredje ledd pliktet en selger som leverte en mangelfull gjenstand «selv om han er uden skyld, at betale skadeerstatning».

Erstatningen skulle vanligvis utgjøre differansen mellom verdien av en gjenstand uten mangel og verdien av gjenstanden med mangel, se kjøpsloven

av 1907 §§ 25 og 45. Men hvis det var bevis for at annen skade var lidt, kunne erstatningen bli høyere.

Et viktig spørsmål var om dette omfattet skade som kjøpsgjenstanden påførte kjøperens person og/eller ting. I kjøpslovens forarbeider uttales følgende om dette spørsmålet:

«Om erstatningskravets omfang uttaler udkastet sig ikke. Det lader saaledes aabent det spørgsmaal, om sælgeren ogsaa skal betale erstatning for den skade, tingen kan volde derved, at den (uden kjøberens vidende) har farlige egenskaber, saaledes hvor kreaturfoder viser sig at være giftigt (jfr. H.R.D. i retst. 1903 s 134) eller solgte dyr har sygdomme, som smitter kjøberens besætning. Disse spørgsmaal blir derfor at afgjøre efter den almindelige erstatningsret.»<sup>675</sup>

Spørsmålet ble altså ikke løst i lovens tekst eller i lovens forarbeider; det ble overlatt til rettsteorien og rettspraksis. Her blir det ikke plass til å gå grundig inn på rettsutviklingen på dette feltet. Når det gjelder skader forvoldt ved bruk av tobakksprodukter, er rettsstillingen i 1950-, 1960- og 1970-årene av størst interesse.

#### 14.2.2 Rettspraksis

I sin lærebok i kjøpsrett fra 1962 viser Kristen Andersen til tre dommer fra Høyesterett fra de siste 25 årene.<sup>676</sup>

Den eldste dommen (Rt 1937 s 323) knytter seg til tobakksbransjen, men ikke direkte til vårt problemområde. En eskefabrikk kjøpte hvit parafin som skulle brukes til parafinering av tobakksesker. Parafinen var mangelfull og skadet eskene. Kjøperen fikk erstatning for skade på eskene og fordi han gikk glipp av en større kontrakt på eskeleveranse.

Dersom de mangelfulle tobakkseskene hadde blitt benyttet, og parafinet hadde ført til helserisikoer ved bruk av tobakken, kunne det ha vært aktuelt for røykerne å kreve erstatning. Spranget er da ikke langt til de ordinære helserisikoer som knytter seg til bruk av tobakksvarer.

I Rt 1945 s 388 er det inntatt en dom som angår det klassiske området for salgsgjenstander med «farlige egenskaper». Et parti hvalkjøtt ble solgt til revefôr. Det viste seg at kjøttet var forgiftet, og en del rever døde. Selgeren ble ikke ansvarlig på objektivt grunnlag. Førstvoterende uttalte med tilslutning fra de øvrige dommerne:

«For mitt vedkommende mener jeg at det ikke vil være rimelig i et tilfelle som det foreliggende å pålegge selgeren ansvar for en så uberegnelig skadevirkning som den det her er tale om. At hvalkjøtt er infisert av mikrober som volder forgiftning, er så vidt jeg skjønner et meget sjeldent forekommende tilfelle. På den annen side vil det i et sånt tilfelle kunne inntreffe skader av vidt omfang. Å kalkulere varen under hensyntagen til risikoen for ansvar for en sann skade, er formentlig ugjørlig.»

Denne argumentasjonen kan innpasses i to ulike rettsfigurer:

1. At det her ikke forelå grunnlag for ansvar etter reglene om ulovfestet objektivt erstatningsansvar; det dreide seg ikke om en stadig, stor, sær-

675.Motiver til Udkast til Lov om kjøb, Oslo 1904 s 58.

676.Kristen Andersen, Norsk kjøpsrett, Oslo 1962 s 197-201.

preget, ekstraordinær og påregnelig risiko som det var rimelig at selgeren/skadevolderen bar ansvaret for.

2. At skaden i prinsippet kunne være omfattet av kjøpslovens regler om objektivt ansvar for genusforpliktelser, men at det i dette tilfellet ikke dreide seg om et adekvat tap; skadefølgen var ikke påregnelig, og tapets økonomiske omfang kunne bli svært stort.

Den tredje dommen som Kristen Andersen viser til, er inntatt i Rt 1948 s 121. Forgiftet sildefôr førte til at kjøperen mistet en del av sine rever. Flertallet (tre dommere) frifant selgeren fordi det ikke var bevist at silda var fordervet ved leveringen. I et obiter dictum uttalte flertallet at selv om silda hadde vært fordervet, kunne selgeren ikke blitt ansvarlig, jf Rt 1945 s 388. Mindretallet (to dommere) kom til at det var begått feil under produksjonen og påla selgeren ansvar.

Kristen Andersen viser også til en dom fra Oslo byrett av 13 november 1957. Her ble selgeren av et parti grammofonplateposser pålagt å betale erstatning på objektivt grunnlag for skade som lim på posene påførte grammofonplatene. Begrunnelsen var at det dreide seg om «særlig nærliggende skader som er oppstått ved den eneste praktisk mulige bruk i kjøpsgjenstandens nærmeste omgivelser».

#### 14.2.3 Juridisk teori

Kristen Andersen uttalte at selgeren blir ansvarlig på objektivt grunnlag når kjøpsgjenstandens skadevoldende egenskaper «er slik at de etter sin natur omsetter seg i skade når kjøperen på forsvarlig måte bruker salgsgjenstanden i samsvar med dens formål».

Karsten Gaarder kom til en tilsvarende konklusjon. Han uttalte at kjøpsloven § 43 visstnok måtte omfatte skader «som er særlig nærliggende og som oppstår under kjøperens normale anvendelse av tingen, og som heller ikke er av unormal omfang». <sup>677</sup>

Johs. Andenæs kom til at det objektive ansvaret i kjøpsloven § 43 tredje ledd «ikke gjelder for risikoer av så ekstraordinær og vidtrekkende art at det etter forholdet mellom partene ville være urimelig å la selgeren bære tapet. Ved denne rimelighetsbedømmelse kan en ta hensyn til om det lå mer eller mindre nær for selgeren å regne med en risiko av denne art. Det kan også være grunn til å ta hensyn til selgerens stilling. Om det virker urimelig å gjøre en detaljforhandler ansvarlig for skade som skyldes fabrikasjonsfeil ved et solgt apparat, er det ikke sikkert at det er urimelig å strekke fabrikkens ansvar så langt» (vår kursivering). <sup>678</sup>

Ole Lund ville bygge på en bred rimelighetsvurdering: «Er det rimeligst at selgeren bærer tapet, eller bør kjøperen bære det? Ved vurderingen her vil man også ta hensyn til partenens forsikringsmuligheter. ... Jeg vil ... raskere reagere med objektivt ansvar dersom en selger er en større fabrikk enn når han er en liten detaljist. En produsent er tross alt nærmere til å bære tapet enn den detaljist som har liten innflytelse på varens egenskaper.» <sup>679</sup>

<sup>677</sup>Karsten Gaarder, Forelesninger over kjøp, Oslo 1960 s 99, og ny utgave av samme verk, Oslo 1966 s 93.

<sup>678</sup>Johs. Andenæs, Selgerens ansvar for farlige egenskaper ved den leverte gjenstand, i Andenæs, Avhandlinger og foredrag 1962 s 57-65, på s 63.

Den som behandlet spørsmålet grundigst i Norge i 1960-årene var Tore Sandvik.<sup>680</sup> Han kom til at skade som salgsgjenstanden volder, prinsipielt faller innenfor det området som dekkes av kjøpslovens ansvarsregler. Uttrykksmåten i omtalen av flere av dommene tyder på at Sandvik betraktet spørsmålet om ansvar skal pålegges, som et adekvanssspørsmål. Ansvar «skal ikke omfatte skader som er for fjerne og avledende, eller som er av et så helt ekstraordinært omfang eller er oppstått på en slik ekstraordinær måte at de ikke står i rimelig sammenheng med ansvarsgrunnlaget».<sup>681</sup>

#### 14.2.4 Helseskader ved bruk av tobakk

Man kan ikke si at sykdommer og dødsfall som kan tilbakeføres til bruk av tobakk er fjerne og avledede eller har oppstått på en ekstraordinær måte. Tvert imot oppstår helseskader etter at kjøperen «bruker salgsgjenstanden i samsvar med dens formål» (Kristen Andersen): Skadene oppstår på grunn av «kjøperens normale anvendelse av tingen» (Karsten Gaarder).

Det framheves ofte at det er et særpreg ved tobakksprodukter at de fører til sykdommer, uførhet og dødsfall når de brukes akkurat slik de etter sitt formål skal brukes. En amerikansk helseminister har uttalt: «Cigaretts are the only legal product that are deadly when used as intended.»<sup>682</sup> Tilsvarende formuleringer er benyttet av mange andre i framtrede posisjoner når det gjelder helse og tobakk, blant annet generaldirektør i WHO, Gro Harlem Brundtland.

I Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om «Røykfrihet – En rettighet» uttales det:

«Tobakk er det eneste produktet i fritt salg som er dødelig når det benyttes som forutsatt av produsenten. Myndighetene begrenser normalt omsetningen av farlige produkter. Men tobakk, som dreper en av to brukere, kan kjøpes fritt over disk under produsentenes villedende varemerking av typen «light». WHOs oppfordring om å se på hvordan tobakk kan reguleres, vil følges opp. Det vil bli vurdert å utrede muligheten for å underlegge tobakk en strengere produktkontroll slik at tobakk kan reguleres som helsefarlig produkt.»<sup>683</sup>

Det samlede erstatningsansvaret kan bli stort for tobakksindustrien, men dette adekvansmomentet bør ikke føre til en fritakelse for erstatningsansvar. Et moment her er at ansvaret kan bli stort fordi tobakkssalget har vært så omfattende, sykdomsfrekvensen er så stor, og skadefølgende for den enkelte så store. Den rimelighetsvurdering som særlig Johs. Andenæs og Ole Lund viser til, bør lede til at tobakksprodusentene, som – i motsetning til forbrukerne – har kunnet bestemme tobakksvarenes innhold, er nærmest til å bære risikoen når tobakkens farlige egenskaper fører til sykdom, uførhet og dødsfall.

679.Ole Lund, Enkelte kjøpsrettslige spørsmål, Tfr 1963 s 303, på s 310.

680.Tore Sandvik, Ansvar for skadevoldende egenskaper, Norsk forsikringsjuridisk tidsskrift nr 49, Universitetsforlaget 1964. Også trykt i Tfr 1964.

681.Sandvik, op.cit. s 15, 17 og 18.

682.Dr. Louis W. Sullivan (helseminister i USA i Ronald Reagans presidentperiode), brev av 17. januar 1990 til Reynolds Tobacco company.

683.Sosial- og helsedepartementet, Røykfrihet en rettighet, Oslo mai 1999 s 9.

Et problem ved å anvende kjøpsloven, er at den som utgangspunkt bare regulerer rettsforholdet mellom kjøper og selger. Vi drøfter her ikke spørsmål om å gjøre erstatningsansvar gjeldende overfor tobakksforhandlere, men overfor tobakksprodusentene og tobakksimportørene. Johs Andenæs og Ole Lunds formuleringer tyder imidlertid på at man også skulle kunne gjøre ansvar gjeldende overfor produsenter.

I 1974 fikk kjøpsloven av 1907 en ny § 49 a som ga forbrukerkjøperne en viss adgang til å kreve erstatning fra selgernes hjemmelsmenn (springende regress). Og det har også ellers vært en tendens til å akseptere at krav kan rettes mot selgernes hjemmelsmenn.<sup>684</sup> Likevel kan det være noe tvilsomt om den som kjøper og røyker sigaretter og andre tobakksprodukter, kan påberope seg kjøpslovens objektive erstatningsregler for genusforpliktelser overfor tobakksprodusentene.

Det er imidlertid neppe nødvendig å gå nærmere inn på dette spørsmålet. Etter det vi har kommet til i kapittel 12 og 13 vil både culpanormen og det ulovfestede objektive ansvaret antakelig i større grad gi hjemmel for erstatningsplikt for tobakksindustrien enn kjøpslovens regler.

### 14.3 Begrepet produktansvar introduseres i midten av 1970-årene

---

#### 14.3.1 Juridisk litteratur

I midten av 1970-årene kom det tre norske arbeider om produktansvar. Peter Lødrup skrev en betenkning for advokatfirmaet til det legemiddelfirmaet som var saksøkt i «P-pille-sak I».<sup>685</sup> Ole Steen-Olsen holdt en rekke foredrag om produktansvar og publiserte et konsentrat av disse.<sup>686</sup> Og et offentlig utvalg arbeidet med utkast til lov om produktansvar.<sup>687</sup>

Disse arbeidene ble altså til like før og like etter at tobakksloven med reklameforbud og påbud om helseadvarsler trådte i kraft. Arbeidene viser at vi var inne i en dynamisk rettsutvikling, og at en rekke bøker og artikler om produktansvar ble skrevet i USA, de store industrilandene i Europa og våre naboland Danmark og Sverige.

Ole Steen-Olsen framhevet at mange grunner talte for at produsentene skulle bli ansvarlige for produktskader (s 193):

«Produsenten er den, der har kontrol over produktets udvikling og fabrikation, hvor årsagen til de fleste skadeforvoldelser må søges; for mange varers vedkommende vil producenten tillige bestemme produktinformation og dirigere den markedsføring, der bringer produktet i hænderne på forbrugeren; producenten står centralt, når det gælder tilbagekaldelse og udsendelse af advarsler om skadeforvoldende produkter; og som regel – omend ikke altid – er producenten

---

684. Se for eksempel Asbjørn Kjønsstad, I hvilken utstrekning kan misligholdsbeføyelsen gjøres gjeldende mot medkontrahentens hjemmelsmenn? Jussens Venner 1978 s 166-189; og Stephan Jervell, Misligholdskrav mot tidligere salgssledd, Tidsskrift for Rettsvitenskap 1994 s 905-1010.

685. Peter Lødrup, Produktansvaret, Institutt for Privatretts stensilserie nr 4, Oslo 1974.

686. Ole Steen-Olsen, Produktansvaret i norsk ret, Norsk forsikringsjuridisk forenings publikasjon nr 63, Oslo 1977.

687. NOU 1980: 29 (Produktansvaret).

det led i produksjons- og distributionsprosessen, der bedst kan bære produktets erstatningsomkostninger.»

Steen-Olsen viser at culpanormen, kjøpsrettslige regler, garantiansvar og det ulovfestede objektive ansvaret i stor utstrekning kan føre til at produsentene blir erstatningsansvarlige. Her skal vi bare nevne noen uttalelser som kan være av betydning for tobakkssakene.

Steen-Olsen fastslo at produktskader som rammer kjøperens person, ikke er omfattet av kjøpsloven § 43 (s 206 og 210). Ut fra dette standpunkt måtte ansvar for sykdommer og dødsfall som skyldes tobakksbruk, avgjøres etter culpanormen og/eller det ulovfestede objektive ansvaret.

Steen-Olsen uttalte at det er «let at overbevise sig om, at de synspunkter, der har motiveret udviklingen af det objektive bedriftsansvar, taler for et ganske vidtgående producentansvar også i norsk ret» (s 214).

#### 14.3.2 Spørsmålet om produktansvar for tobakk

Ole Steen-Olsen drøfter «defektvilkåret», «udviklingsfejl» og «systemfejl» (kjente, men uunngåelige skadeårsaker) og uttaler: «Det er i dag usannsynligt at domstolene vil pålægge ansvar for produksjonsfejl, der er alment akseptert, og som rammer de fleste forbrugere af produktet som ved forbruk af alkohol og cigaretter» (s 216).

Det ser ut til at Steen-Olsens forbehold om ansvarsfrihet ved bruk av sigaretter bare knytter seg til systemfeil (sml. s 194); det kan altså tenkes at det blir ansvar ved andre typer av feil. Dertil er uttalelsen knyttet til de kunnskaper og den innsikt som folk hadde i 1977; senere har det vist seg at skadevirkningene ved tobakksbruk er undervurdert, og at det er meget ved tobakksproduktene som har vært ukjent for allmenheten, særlig den sterke nikotinhengigheten. Steen-Olsens uttalelse er heller ikke absolutt i sin form (usannsynlig); det kan altså være en mulighet for at domstolene pålegger ansvar. Endelig – og det er viktigst – nevnte Steen-Olsen tobakk bare som et eksempel. Formålet med hans artikkel var ikke å gå dypt inn i spørsmålet om tobakksindustriens erstatningsansvar.

I Produktansvarsutvalgets utredning gis det en ganske omfattende omtale av gjeldende rett. I tilknytning til definisjonen av systemfeil og spørsmålet om ansvar etter kjøpslovens regler berøres også tobakk:

«Systemfeil» defineres som «skader som skyldes en kjent, men uunngåelig risiko ved produktet. Til denne temmelige heterogene gruppe hører f.eks kreft og hjerteinfarkt som følger av sigarett røyking ... . En rekke produkter med systemfeil godtas av samfunnet fordi de utvilsomt er nyttige – andre uten annen rasjonell grunn enn innarbeidde vaner.»<sup>688</sup>

Til spørsmålet om tobakksrelaterte sykdommer skal regnes som systemfeil, kan det nok sies at kreft og hjerteinfarkt var kjente følger av røyking for deler av befolkningen i 1980, men det var ikke alminnelig kjent hvor alvorlig dette var. Dertil dreide det seg ikke om «uunngåelige» risikoer, men om risikoer som i betydelig utstrekning kunne vært redusert av tobakkindustrien. Videre kan det reises spørsmål om tobakk var godtatt av samfunnet, særlig etter de

688.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 13.

klare restriktive tiltak som ble innført med den helsemessig begrunnede tobakksloven av 1973. Endelig kan man ikke si at tobakksvarer «utvilsomt er nyttige» (men «innarbeidede vaner»).

Når det gjelder ansvar etter kjøpslovens regler uttalte Produktansvarsutvalget:

«For systemfeilenes vedkommende vil vurderingen i utgangspunktet avhenge av om kjøperen kjente eller burde kjenne til at produktet hadde skadevoldende egenskaper, se kjl § 47. Kjøperens undersøkelsesplikt får imidlertid et særegent innhold i disse tilfelle. At kjøperen vet at produktet kan ha skadelige bivirkninger, vil vanligvis ikke være nok til å avskjære misligholdsbeføyelsen. Det avgjørende må være om skaden fører til at produktet ikke tilfredsstiller kjøperens forventninger om alminnelig funksjonsevne. Det kan ikke anses kontraktsstridig at sigarettøyking forårsaker lungekreft. Sigarettøykeren tar eventuelle skadevirkninger med på kjøpet fordi han mener at de blir oppveid av andre fordeler.»

Her må det først understrekes at det er svært vanskelig, ja umulig, for forbrukerne å undersøke tobakksvarer – med alle deres kreftframkallende stoffer og tilsetningsstoffer som tobakksindustrien i stor grad har holdt hemmelig. Videre kan man neppe si at røykerne tar kreften med på kjøpet, fordi de har hatt mangelfulle opplysninger om tobakkens skadevirkninger. Endelig er det neppe mange som røyker på grunn av «andre fordeler»; de fleste ønsker å slutte, men greier det ikke på grunn av den sterke nikotinavhengigheten.

Vi trenger ikke gå nærmere inn i disse spørsmålene da vi anser ansvar etter kjøpsloven som mindre aktuelt enn ansvar etter culpanormen og det ulovfestede objektive ansvaret.

### 14.3.3 Produktansvarslovens forhistorie

Produktansvar som begrep ble ikke brukt i Norge før i 1960-årene. Først i 1975 ble det nedsatt et utvalg for å vurdere lovfesting av ansvaret. Bakgrunnen for dette var dels utviklingen nasjonalt hvor Høyesterett nylig hadde avsagt «P-pille-dom I» (Rt 1974 s 1160), som konkluderte med at det ikke var grunnlag i gjeldende rett for å statuere erstatningsansvar for produsenten. Viktigst var nok den internasjonale utviklingen på området som gikk i retning av et mer formalisert ansvar for produsenten, herunder Europarådets arbeid med en europeisk konvensjon om produktansvar.<sup>689</sup>

Utvalget leverte sin utredning 4. mars 1980 (NOU 1980: 29). Det foreslo en lov som i stor grad bygget på Europarådets konvensjon om produktansvar. Den videre lovgivningsprosessen gikk sakte; blant annet som følge av at lovgiver avventet vedtakelsen av et eget EF-direktiv om produktansvar, se direktiv av 25. juli 1985 (85/374). Det ble også samarbeidet med Danmark, Finland og Sverige, som alle forberedte lovgivning om produktansvar.

Da EF-direktivet ble vedtatt i 1985, ble det fortgang i lovgivningsprosessen. I Ot prp nr 48 for 1987–88 fremmet Justisdepartementet et lovforslag som i stor grad var harmonisert med EF-direktivet.<sup>690</sup> Ettersom både utvalgets

689. NOU 1980: 29 s 10-11.

690. Ot prp nr 48 for 1987-88 s 16.



forslag og direktivet bygget på Europarådskonvensjonen, ble det imidlertid ikke gjort store endringer i forhold til utvalgsutredningen.

#### **14.3.4 Forholdet mellom produktansvars- loven, andre ansvarsgrunnlag og EF-retten**

Da produktansvarsloven ble vedtatt i 1988, var det lovgivers klart uttrykte intensjon at loven uttømmende skulle regulere erstatningsansvaret for skader som produkter volder.<sup>691</sup> Med andre ord tok produktansvaret «opp i seg» alle andre ansvarsgrunnlag slik som culpa og ulovfestet objektivt virksomhetsansvar. Dette har imidlertid endret seg senere.

I 1992 ble produktansvarsloven tilpasset EØS-avtalen (i kraft fra 1. januar 1994), hvilket innebar en viss svekkelse av skadelidtes stilling.<sup>692</sup> For å kompensere for dette, ble det besluttet å oppheve begrensningen i produktansvarsloven om at loven var uttømmende innenfor sitt område.<sup>693</sup> I nåværende § 1–1 andre ledd i produktansvarsloven heter det: «Loven begrenser ikke retten til å kreve erstatning på annet grunnlag.» Dermed er det i dag adgang til å bygge på andre ansvarsgrunnlag i tillegg til produktansvarsloven.

Den opprinnelige harmoniseringen med EF-direktivets regler førte til at det ikke var behov for store endringer produktansvarsloven ved Norges tilslutning til EØS.<sup>694</sup> Tilpasningen til direktiv 85/374 (som er inntatt i vedlegg III til EØS- avtalen) er behandlet i Ot prp nr 72 for 1991–92, mens Ot prp nr 70 for 1993–94 behandler tilpasningen til «tredje skadeforsikringsdirektiv» 92/49/EØF.

### **14.4 Gjeldende produktansvarslov**

---

#### **14.4.1 Innledning**

Lov om produktansvar av 23 desember 1988 innførte et eget erstatningsgrunnlag – sikkerhetsmangel – som kan gi bedre beskyttelse for forbrukerne enn det som følger av cuplanormen, det ulovfestede objektive ansvaret, kjøpsloven og andre ansvarsgrunnlag. Fire hovedvilkår må være oppfylt for at forbrukerne kan kreve erstatning etter produktansvarsloven:

1. Kravet må settes fram overfor den ansvarlige etter § 1–3. Ansvarlig som produsent er «enhver som tilvirker eller frambringer et produkt»; det gjelder utvilsomt tobakksfabrikantene. Videre er «importør av et produkt innført fra utlandet» ansvarlig som «produsent»; dette er viktig for norske firmaer som importerer tobakksvarer fra USA og andre land. De øvrige reglene i § 1–3 om hvem som anses som «produsent» er av mindre betydning når det gjelder tobakkssaker.
2. Ansvarer gjelder for «produkter», som er gitt en vid definisjon i § 1–2. Begrepet omfatter både naturprodukter og industriprodukter. Det er klart at sigaretter, sigarer, snus, skrå, sigarettpapir og andre tobakksvarer faller

---

691.NOU 1980: 29 s 110-112 og Ot prp nr 48 for 1987-88 s 65-66. Se også Stein Rognlien, Produktansvaret, Oslo 1992 s 135.

692.For en oversikt, se Nygaard i Karnov 1999, bind 2 side 1940 sp 2.

693.Ot prp nr 72 for 1991-92 s 25 sp 2 -26.

694.Ot prp nr 72 for 1991-92 s 24.

- inn under begrepet «produkt». Dette behandles nærmere i punkt 14.4.2 og 14.4.3 nedenfor.
3. Produktet må ha ført til skade på person eller ting. Sykdom og dødsfall som skyldes tobakksrøyking, faller klart under begrepet personskade. Det samme må gjelde utgifter som knytter seg til behandling av tobakksrelaterte sykdommer. Det må gjelde enten den enkelte selv må dekke slike utgifter eller om de dekkes av sykehuseierne eller andre. I forarbeidene til produktansvarsloven er det presisert at begrepet «personskade» også er ment å omfatte formuesskade, og at spørsmålet om ansvars rekkevidde må vurderes etter erstatningsrettens alminnelige regler om adekvans og erstatningsrettslig vern.<sup>695</sup>
  4. Skaden må skyldes en sikkerhetsmangel ved produktet. Dette skal behandles nærmere i punkt 14.4.4 til 14.4.8.

Kravene til årsakssammenheng og adekvans mellom produktet og personskaden samt mellom sikkerhetsmangelen og skaden er de samme som ellers i erstatningsretten, se kapittel 15.

#### 14.4.2 Prinsipielt er det intet unntak for tobakkskader

Produktansvarsloven omfatter «alle slags varer og løsøre, hva enten det er naturprodukt eller industriprodukt, råvare eller ferdigprodukt...», jf produktansvarsloven § 1–2 første ledd første setning. Også tobakksprodukter er omfattet av produktansvaret.

Under henvisning til forarbeidene har det vært hevdet at tobakksprodukter er unntatt fra produktansvaret.<sup>696</sup> Ved en nærmere lesning vil man imidlertid finne at dette ikke er korrekt. Riktignok nevner forarbeidene at tobakksfabrikanter neppe kan bli erstatningsansvarlige etter produktansvarsloven.<sup>697</sup> Men lest i sammenheng vil man se at uttalelsen er ment som et eksempel på at produktansvar ikke omfatter alminnelig kjente risikoer.

«[Det står nok] for de fleste som rimelig at det ikke pålegges ansvar når skadelidte har vært kjent med den risiko som utløste skaden, og ikke tok de forholdsregler mot å bli skadd som i det konkrete tilfelle framstår som rimelige. Det er utslag av slike tanker som gjør at en tobakksfabrikant ikke forutsettes å bli ansvarlig overfor en som tar skade av tobakkrøyking, eller at A/S Vinmonopolet ikke er ansvarlig overfor alkoholikeren».<sup>698</sup>

....  
«Sikkerhetsforventningene vil også måtte være svært høye ved tradisjonelle nærings- og nytelsesmidler – dog med reservasjon for kjente risikoer som ved bruk av alkohol og tobakk».<sup>699</sup>

Disse uttalelsene i forarbeidene kan på ingen måte ses som noe prinsipielt uttrykk for at tobakksprodukter er unntatt fra loven. Tvert imot presiseres det umiddelbart i fortsettelsen av det førstnevnte sitatet at til og med produkter som det hefter en kjent risiko til, vil kunne medføre ansvar etter loven:

695.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 107-108 og Ot prp nr 48 for 1987-88 s 55.

696.Se også punkt 14.4.3 nedenfor.

697.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 85 sp 1 og Ot prp nr 48 for 1987-88 s 126 sp 2.

698.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 85 sp 1.

699.Ot prp nr 48 for 1987-88 s 126 sp 2.

«Men også dette synspunktet må underkastes visse reservasjoner. For det første vil ansvar her kunne bygges på at produsenten burde ha informert om produktes risikoer. Videre bør en produsent i visse tilfelle få ansvar for sjeldne, men alvorlige skadefølger, selv om disse er uunngåelige. Dessuten vil skadelidtes kunnskap heller ikke alltid bli tillagt vekt dersom produktets skadevoldende egenskaper er mer omfattende enn det som anses som forsvarlig.»<sup>700</sup>

I denne sammenheng er det grunn til å framheve at departementet var opptatt av å understreke at man i vurderingen av produktansvarets rekkevidde, burde være ytterst tilbakeholden med å tillegge aksept av risiko-synspunkter stor betydning.<sup>701</sup>

På denne bakgrunn må det slås fast at også tobakksprodukter må vurderes etter det sikkerhets- og forventningskriterium som loven bygger på. Det ville da også ha vært eiendommelig om tobakksprodukter skulle ha fått immunitet mot produktansvar. Dette måtte i tilfelle ha framgått av lovens tekst.

#### **14.4.3 Vurdering av uttalelser om at produktansvarsloven gjør unntak for tobakksskader**

Som nevnt uttalte Produktansvarsutvalget at det for de fleste står som rimelig «at det ikke pålegges ansvar når skadelidte har vært kjent med den risiko som utløste skaden, og ikke tok forholdsregler mot å bli skadd som i det konkrete tilfelle framstår som rimelige. Det er utslag av slike tanker som gjør at en tobakksfabrikant ikke forutsettes å bli ansvarlig overfor en som tar skade av tobakksrøyking.»<sup>702</sup>

Denne noe kategoriske uttalelsen må ses på bakgrunn av de tobakkssakene som røykerne i USA tapte før 1980. Nå er vinden snudd der, og synspunktet aksept av risiko tillegges mindre vekt både i USA (se vedlegg 1) og Norge (se kapittel 16). Som nevnt ble heller ikke grunnsynet i NOU'en på dette punkt fulgt opp i proposisjonen og Sosialkomiteens innstilling.

Spørsmålet om tobakksskader omfattes av produktansvarsloven er ikke nærmere drøftet i norsk erstatningsrettslig litteratur, men det forekommer noen korte bemerkninger:

Peter Lødrup uttaler at systemfeil vanskelig kan sies å innebære en sikkerhetsmangel. Systemfeil definerer han et sted som skadevirkninger som «er mer kjente og aksepterte», og et annet sted som produkter som «har skadevoldende egenskaper, men de er ønsket og gir produktet dets tiltrekningskraft».<sup>703</sup> I tilknytning til begge definisjonene nevner Lødrup alkohol og tobakk.

Det synes uforståelig at de enorme helseskadene, det store antall dødsfall og den sterke avhengigheten som knytter seg til bruk av tobakksvarer, skal være «ønsket» og/eller være en hovedgrunn til at folk bruker tobakk. Tobakkens «tiltrekningskraft» på ungdom skyldes først og fremst at de vil være som voksne, røykepress i gjenger, ønske om å holde seg slank og andre forhold. Den fortsatte tobakksrøykingen skyldes hovedsakelig den sterke nikotinavhengigheten.

700.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 85.

701.Ot prp nr 48 for 1987-88 s 127.

702.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 85.

703.Peter Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, Oslo 1999 s 231, jf s 220.

Det må også framheves at formålet med Lødrups kortfattede omtale av produktansvarsloven ikke har vært å gi en dyptpløyende analyse av tobakksprodusentenes erstatningsansvar.

Det samme må kunne sies om følgende uttalelser fra Stein Rognlien:

«Feilfrie nærings- og nytelsesmidler vil normalt ikke volde skade som det er naturlig å bringe inn under produktansvaret, selv om visse systemskader forekommer, t d som følge av alkohol- eller tobakkbruk.»

«Sikkerhetsforventningene vil også måtte være svært høye ved tradisjonelle nærings- og nytelsesmidler – likevel med reservasjon for kjente systemrisikoer som ved bruk av alkohol og tobakk.»<sup>704</sup>

Vi vil nevne at Nils Nygaard ikke sier noe om at systemfeil og tobakk/alkohol står i noen særstilling i forhold til produktansvarsloven.<sup>705</sup>

Etter vår mening må helseskader som skyldes tobakksrøyking vurderes ut fra de alminnelige prinsipper om sikkerhetsmangel slik de er utformet i produktansvarsloven § 2–1. Det avgjørende er hvilke risikoer/hvilken sikkerhet som knytter seg til tobakksprodukter på den ene siden, og de risikoer/den sikkerheten som forbrukerne kan forvente på den andre siden.

Den tobakksreklamen som tobakksindustrien drev fram til reklameforbudet kom i 1975, blir etter dette viktig. Men også andre typer av markedsføringer og presentasjoner overfor almenheten blir av betydning. Særlig viktig er uttalelser fra tobakksindustriens representanter i fjernsyn, radio, aviser og andre massemedia. Det blir viktig å kartlegge om og i hvilken grad de har fortiet, bagallisert og/eller benektet opplysninger om de store helseskadene og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til aktiv og passiv røyking. Slike forhold kan ha ført til at folk har dannet seg urealistiske bilder av farene ved røyking og mulighetene til å kunne slutte å bruke et sterkt avhengighetsskapende stoff.

Det står i produktansvarsloven at det også skal tas hensyn til «påregnelig bruk». Slik bruk er vel at de som røyker daglig, benytter 10–20 sigaretter per dag, som er det vanlige. Videre at de som bare er «festrøykere», «helgerøykere», «av og til-røykere» o l ikke skal bli avhengige på en slik måte at de blir dagligrøykere.

Påregnelig bruk av sigaretter og sigarer er at de røykes, stumpes og kastes. Dersom sigarettene ikke slukkes skikkelig før de kastes, kan det oppstå brann. Som nevnt i punkt 13.3.1 har jernbanen blitt ansvarlig på objektivt grunnlag når passasjerer har kastet glødende sigaretter og gras har tatt fyr. Videre har det vært spørsmål om å gjøre føreren av et fraktfartøy ansvarlig på culpagrunnlag når en passasjer etter å ha tent på snadda, har kastet en brennende fyrstikk i en parafinbøtte, se punkt 12.7.1 ovenfor. Etter vår mening kan det være minst like nærliggende at tobakksindustrien skal bære slike følger av røykingen som befrakterne av passasjerer. – En del annen bruk av sigaretter og sigarer er klart upåregnelig: Tobakksindustrien kan selvsagt ikke bli ansvarlig for at torturister brenner ofrene med glødende sigaretter, eller at elskovspar benytter sigarer i sin erotiske lek.

704.Stein Rognlien, Produktansvaret, Oslo 1992 s 144 og 190.

705.Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 440-445.

#### 14.4.4 Begrepet «sikkerhetsmangel»

Produktansvarsloven § 2-1 inneholder nærmere regler om det objektiviserte ansvarsgrunnlaget:

«(1) Produsenten plikter å erstatte skade som hans produkt volder og som skyldes at det ikke byr den sikkerhet som en bruker eller allmennheten med rimelighet kunne vente (heretter kalt sikkerhetsmangel). Ved vurderingen av den sikkerhet som kunne ventes, tas hensyn til alle forhold som har sammenheng med produktet, dets presentasjon, markedsføring og påreknelige bruk.

(2) Ved den alminnelige vurdering av sikkerhetsnivået (sikkerhetsstandarden) legges forholdene på den tid produktet ble satt i omsetning til grunn.»

Loven gir anvisning på at man skal sammenligne den faktiske sikkerheten som produktet viser seg å ha, med den sikkerheten brukerne av produktet/allmennheten kan forvente av produktet. Dersom det er sammenfall mellom den faktiske og den forventede sikkerheten, foreligger det ikke sikkerhetsmangel, og produsenten blir ikke erstatningsansvarlig. Dersom den faktiske sikkerheten er mindre enn den forventede sikkerheten, vil produsenten kunne bli erstatningsansvarlig. Loven sier intet om hvor stort dette avviket må være for at det skal foreligge en sikkerhetsmangel.

Derimot gir loven retningslinjer om hvordan den forventede sikkerheten skal fastsettes: Det er ikke den konkrete skadelidtes individuelle forventning som er avgjørende, men hva «en bruker» (generelt) eller «allmennheten» kan forvente. Videre er det ikke det ideelle krav, men hva man «med rimelighet kunne forvente», som skal legges til grunn. Endelig nevner loven noen momenter som det skal legges vekt på ved vurderingen av den sikkerheten som kan forventes, nemlig produktets «presentasjon, markedsføring og påreknelig bruk».

I forarbeidene heter det:

«Forbrukeren må ha rett til å forvente at produktet er egnet for bruken, og ikke byr en større risiko for skade enn det som normalt er tilfelle med produkter av vedkommende kategori.»<sup>706</sup>

«Avgjørende for produsentens ansvar etter lovforslaget er om produktet har den sikkerhet som forbrukeren – objektivt sett – må forvente. Oppmerksomheten er rettet mot produktet og forbrukernes sikkerhetsforventninger og ikke mot produsentens forhold og årsaken til produktets sikkerhetsmangel.»<sup>707</sup>

Det er altså forbrukernes forventning om sikkerhet som er det sentrale vurderingskriterium etter produktansvarsloven.

Det gis anvisning på en konkret og helhetlig skjønnsvurdering. Dette skjønnsmessige preg ved ansvarsgrunnlaget kan man neppe komme utenom, idet produktansvaret er ment å omfatte et utall av produkter og meget forskjellige skadesituasjoner.<sup>708</sup> Dertil kommer at det også er ønskelig at loven er til-

706.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 83.

707.Ot prp nr 48 for 1987-88 s 33.

708.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 84.

pasningsdyktig i forhold til ny viten, endrete produksjonsforhold og endrete forventninger til produktsikkerhet.<sup>709</sup>

Lovteksten og forarbeidene gir en del retningslinjer for hvordan den forventede sikkerhetsstandarden skal fastsettes: Som nevnt er det ikke den konkrete skadelidtes individuelle forventning som er avgjørende, men hva «en bruker» (generelt) eller «allmennheten» kan forvente.<sup>710</sup> Det stilles intet ideelt krav, det avgjørende er hva man med rimelighet kan forvente.<sup>711</sup> I lovteksten understrekes det at det i vurderingen må tas hensyn til «alle forhold som har sammenheng med produktet».

Det er verdt å understreke at produktansvarsloven også omfatter produkter som i utgangspunktet er farlige, for eksempel våpen, ulike verktøy osv. I vurderingen av om slike produkter lider av en sikkerhetsmangel, må man se hen til hvorvidt det aktuelle produktet representerer en risiko for skade som overstiger det risikonivå som produkter av vedkommende kategori bør ligge på.<sup>712</sup>

Det må også presiseres at produsenten kan bli erstatningsansvarlig selv om han på omsetningstidspunktet var ukjent med de skadevoldende egenskapene ved produktet, og selv om han heller ikke kunne ha oppdaget farene.<sup>713</sup> Det ligger her en risikoavveining til grunn, hvorved det framstår som rimelig at ansvaret tilligger produsenten av produktet heller enn den enkelte skadelidt når produktet først forårsaker skade.<sup>714</sup>

#### 14.4.5 Manglende kjennskap til tobakksproduktenes skadeevne

Et meget sentralt spørsmål er i hvilken grad man kan si at forbrukerne og allmennheten har vært kjent med helsefarene som er forbundet med tobakksbruk. Det må understrekes at spørsmålet om forbrukernes helsebevissthet ikke bare kan besvares ut fra hva man vet i dag, men at det må vurderes på bakgrunn av den kunnskap som gjorde seg gjeldende tidligere og opp gjennom årene. Det er grunn til å minne om at produktansvarsloven i stor grad er en kodifisering av tidligere rettstilstand med hensyn til objektivt erstatningsansvar for produkter.

Det har ganske lenge vært kjent at tobakksbruk kan medføre helseskader, særlig lungekreft. Og i dag er det vel knapt noen som ikke har hørt at tobakksprodukter kan være skadelige. Det er likevel ikke gitt at denne kunnskapen har vært eller er tilstrekkelig til å utelukke produktansvar. Spørsmålet om hva forbrukerne og allmennheten egentlig har visst tidligere og kjenner til i dag om tobakksprodukter og deres skadevirkninger, vil bli tatt opp nærmere og i bredere sammenheng i kapittel 16 nedenfor. Vi vil her derfor nøye oss med noen hovedpunkter som viser at det kan være tvilsomt om man egentlig kan si at risikoene ved tobakksbruk har vært og er tilstrekkelig kjente.

709.Ot prp nr 48 for 1987-88 s 33.

710.Se også NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 84 og Ot prp nr 48 for 1987-88 s 33-34 og s 126.

711.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 186 og Innst O nr 15 for 1988-89 s 4 sp 2.

712.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 84.

713.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 87 sp 2 og s 187 sp 1, Ot prp nr 48 for 1987-88 s 40-42 og s 127 sp 1 og Innst O nr 15 for 1988-89 s 4 sp 2 og s 5 sp 1.

714.Stein Rognlien, Produktansvaret, Oslo 1992 s 184-185 og s 187.

Det kan se ut som om legevitenenskapen lenge har undervurdert helsefarene som er forbundet med tobakksbruk, jf også punkt 4.2.5 ovenfor. Det gjelder både hvilke helseskader og sykdommer som tobakksbruk kan medføre, og ikke minst graden av risiko. Videre har det ikke vært kjent at nikotin er svært avhengighetsskapende. I dag slår legevitenenskapen fast at nikotin er noe av det mest avhengighetsskapende stoffet som man kjenner til, og at mekanismene for hvordan nikotin virker på hjernen er de samme som ved sterke narkotiske stoffer.

Til slutt kan det nevnes at det synes å være en utbredt oppfatning om at «light»-sigaretter er helsemessig bedre enn vanlige sigaretter. Det har imidlertid ikke vært mulig å påvise noen nevneverdig helsemessig fordel ved disse produktene. Dette skyldes blant annet at røykere, bevisst eller ubevisst, har en tendens til å innrette sitt røykemønster på en slik måte at de tilføres en mengde nikotin som kroppen oppfatter som tilfredsstillende, jf også punkt 4.4.2 og 6.10 ovenfor om kompenseringfenomenet.

#### 14.4.6 Tobakksindustriens informasjonsplikt

En sentral del av produsentansvaret, både før og etter produktansvarslovens vedtakelse, er produsentens plikt til å holde seg oppdatert om ny teknologisk og medisinsk viten samt å sørge for tilstrekkelig informasjon til forbrukerne, spesielt om eventuelle risikoer og farer ved produktene.<sup>715</sup> Tobakksselskapene må i det minste anses å ha kjent til legevitenenskapens drøftelser og konklusjoner til enhver tid, i alle fall må tobakksindustrien ha hatt en plikt til å skaffe seg kjennskap til dette. Dette framgår av produktansvarslovens forarbeider:

«[Det er] grunn til å nevne at det for mange produsenter også vil være nødvendig å følge med i sine produkters skadevoldende evne. At kunnskap om denne tilbakeføres til produsenten og vurderes kontinuerlig av ham, vil være en faktor som kan få betydning også for den norm som skal legges til grunn ved avgjørelsen av om det foreligger en sikkerhetsmangel. Det vil her for øvrig kunne bli aktuelt med ansvar på subjektivt grunnlag om ikke produsenten er aktiv på dette punkt.»<sup>716</sup>

Det kan reises spørsmål om tobakksselskapene i Norge har gjort tilstrekkelig for å sørge for helseinformasjon til forbrukere og myndigheter.<sup>717</sup>

Riktignok har man i Norge hatt lovpålagte helseadvarsler på sigarettpakninger siden 1975, men det er ikke gitt at denne informasjonen har vært tilstrekkelig. Det gjelder framfor alt dersom tobakksindustrien i Norge, i likhet med industrien i USA, har sittet med vesentlig informasjon som legevitenenskapen på de aktuelle tidspunkter ikke har kjent til, for eksempel kunnskapen om nikotinets sterkt avhengighetsskapende virkninger. Annen produktinformasjon som det ville ha vært av stor betydning for myndigheter og forbrukere å få en viss innsikt i, er blant annet hovedtrekkene i prosessen for framstilling av sigaretter, sigarer, røyktobakk og snus, hvilke tilsetningsstoffer som tas i

715.Se blant annet NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 87 sp 1 og s 190 sp 1 og Ot prp nr 48 for 1987-88 s 127 sp 1.

716.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 87 sp 1.

717.Se også punkt 12.7.3 ovenfor i forbindelse med spørsmålet om culpaansvar.

bruk, hvilke formål tilsetningsstoffene tjener og problemet med «light»-produktene (for eksempel røykekompenseringsfenomenet).

Reklameforbudet fra 1975 har medført en viss begrensning i tobakksselskapenes frihet til å drive opplysningskampanjer om sine produkter, men det er grunn til å understreke at reklameforbudet ikke innebærer noen munnkurv for industrien. Ikke minst har tobakksselskapene kunnet gi informasjon til Sosial- og helsedepartementet og Statens tobakksskaderåd. Dertil har tobakksindustrien selvsagt hatt adgang til å gi informasjon om skadevirkningene av tobakksbruk; det er bare røykepositiv påvirkning som rammes av reklameforbudet.

Det kan se ut som om tobakksselskapene i Norge i mindre grad enn i andre land, særlig i forhold til USA, har forestått en systematisk og aktiv motstand mot legevitenskapen. Men også i Norge ser man at tobakksselskapene i det store og hele har valgt en linje som i hvert fall i de første par tiårene etter 1950 har bestått i å betone at «intet er ennå bevist» og bagatellisering av helsespørsmålene. I stedet har oppmerksomheten fra tobakksselskapenes side vært, og er den dag i dag, rettet bort fra helsefarer og skader ved å framheve positive produktkarakteristikker som «ren», «naturlig», «naturprodukt» og «landbruksprodukt». Denne type karakteristikker kan muligens ha en viss sannhet, men det hovedinntrykket de formidler, er egnet til å uskyldiggjøre produktet, og må således sies å være misvisende og villedende. Til dette kommer at når det er spørsmål om alvorlige helseskader, må det være en særlig streng plikt for produsenten til å sørge for tilstrekkelig informasjon så snart en visst begrunnet mistanke foreligger, og ikke først når det foreligger dokumentasjon i streng vitenskapelig forstand, med andre ord en «føre-var»-standard.

#### **14.4.7 Tobakksindustriens plikt til å søke å forbedre sine produkter**

Med produsentansvaret følger ikke bare en plikt til å holde seg oppdatert og sørge for tilstrekkelig informasjon til forbrukerne, men også en plikt til å søke å forbedre sine produkter.<sup>718</sup> Det er kommet til uttrykk en rekke steder i forarbeidene til produktansvarsloven.<sup>719</sup> Og igjen er det grunn til å understreke at dette må anses som en plikt også etter det alminnelige objektive virksomhetsansvaret, både før og etter produktansvarslovens ikrafttredelse. Det forhold at produktene oppfyller fastsatte produktstandarder og for øvrig er i samsvar med lovbestemmelser, utelukker på ingen måte produktansvar og reduserer ikke plikten til søke produktforbedringer.<sup>720</sup>

Fra USA kjenner vi til at tobakksselskapene i 1960- og 1970-årene gjorde mange forsøk på å finne fram til mindre helseskadelige produkter, men at dette arbeidet etter hvert stoppet mer eller mindre opp, særlig av frykt for konsekvensene dersom det skulle komme ut at tobakksselskapene selv så på sine produkter som helseskadelige.<sup>721</sup> Det er uklart om og i hvilken grad den norske tobakksindustrien har vært involvert i, eller hatt kjennskap til denne forskningen innen den amerikanske tobakksindustrien. Det er også ukjent om

718.Jf også punkt 12.7.2 ovenfor.

719.Se for eksempel NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 84 sp 2, s 85 sp 2 nederst, s 87 sp 1 og s 93 sp 2.

720.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 85 sp 2 og s 187 sp 1 og Ot prp nr 48 for 1987-88 s 34-35 og s 126 sp 2.

721.Se særlig punkt 6.11 og 6.13 ovenfor.



den norske tobakksindustrien på egen hånd har gjort forsøk på å redusere helsefarene ved sine produkter.

Ettersom tobakksprodukter etter sin art er meget skadelige, må det være en spesielt streng plikt til å forsøke å redusere helsefarene. Den omfattende forskningsvirksomheten innen den amerikanske tobakksindustrien som er avdekket i 1990-årene, ser ut til å vise at forsøk på å redusere helsefarene ved tobakksprodukter, er både komplisert og kostbart. Men det synes ikke å være umulig. Blant annet viser forsøkene med nye sigaretttyper det.<sup>722</sup> Det forhold at produktforbedringsforsøk både er kompliserte og kostnadskrevenende, kan neppe aksepteres som en unnskyldningsgrunn, tatt i betraktning de store fortjenestene som ligger i tobakksmarkedet på den ene siden, og de omfattende skadevirkninger som tobakk forårsaker på den andre siden. Dette må i hvert fall gjelde de store tobakksselskapene.

#### 14.4.8 Forventninger som er skapt ved markedsføring m v

I vurderingen av produktansvaret må man ta i betraktning eventuelle forventninger som er skapt av produsenten, for eksempel gjennom reklame, annen markedsføring m v. At dette er et moment framgår uttrykkelig av produktansvarsloven § 2-1 første ledd, og det er også framhevet i forarbeidene.<sup>723</sup> Reklame for tobakksprodukter tok slutt da vi fikk det absolutte reklameforbudet i 1975, men reklame før dette tidspunkt og annen markedsføring etter dette tidspunktet er fremdeles av interesse. Riktignok fantes det den gang ingen egen produktansvarslov, men det er selvsagt at også i en vurdering av det alminnelige ulovfestede virksomhetsansvaret, herunder produktansvaret tidligere, er det relevant og av betydning å se på hvordan produktene er blitt presentert overfor forbrukerne og potensielle forbrukere.<sup>724</sup>

Mange av de røykerne som i dag diagnostiseres med tobakksrelaterte skader og sykdommer, begynte å røyke i en tid hvor tobakksreklamen var omfattende. Det er neppe for dristig å legge til grunn at tobakksreklamen har hatt innflytelse på hvilke inntrykk folk flest – i hvert fall tidligere – har hatt av produktene og hvilke tanker forbrukerne og potensielle forbrukere har gjort seg om helserisiko. Det er redegjort for dette mer inngående i vedlegg 6 til utredningen, De reklameeksemplene som følger som bilag til vedlegget, underbygger synspunktene ovenfor om at folk i stor utstrekning ble forledet til å undervurdere graden av helserisiko som er forbundet med ethvert tobakksprodukt, hva enten dette presenteres som aldri så «rent», «friskt» eller «mildt».

#### 14.4.9 Produktansvarslovens virkeområde i tid

Loven trådte i kraft 1. januar 1989, og kapitlene 1 og 2 gjelder ikke for produkter som har forlatt produsentens kontroll før dette tidspunktet.

De som har begynt å røyke etter 1. januar 1989, kan selvsagt påberope seg produktansvarslovens regler. På den andre siden er de som både begynte og sluttet å røyke før dette tidspunktet, ikke omfattet av loven, jfr grunnloven § 97 om forbud mot å gi lover tilbakevirkende kraft.

722.Se punkt 6.11 ovenfor.

723.Se for eksempel NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 86 sp 1.

724.Jf også punkt 14.4.9 nedenfor.

Et viktig spørsmål er om produktansvarsloven gjelder for dem som har røykt både før og etter 1. januar 1989. Dette er aktuelt for de fleste som nå kan tenkes å reise erstatningskrav mot tobakksindustrien. Her kan man ikke vite med sikkerhet om det er røykingen før eller røykingen etter skjæringstidspunktet som har ført til sykdommen.

Det er kanskje mest nærliggende å bygge på samme rettssyn som i foreldelsesloven § 9 nr 2, som lar det være avgjørende når et fortsatt forhold opphørte. For en slik løsning taler også at nikotinavhengigheten vedvarer så lenge man røyker. Etter dette skulle produktansvarsloven gjelde for dem som fortsatte å røyke etter 1. januar 1989.

Spørsmålet er imidlertid av mindre betydning fordi det antas at gjeldende rett ikke ble vesentlig endret ved produktansvarsloven. Nils Nygaard uttaler at loven i hovedsak er «ei lovfesting av ansvarsreglar som tidlegare fylgde av ulovfest rett». <sup>725</sup> Peter Lødrup uttaler at utgangspunktet allerede før produktansvarsloven var «et omfattende objektivt ansvar for produsenten». <sup>726</sup>

Produktansvarsutvalget uttalte allerede for 20 år siden:

«I alle vestlige land har erstatningsretten i dette hundreåret hatt en klar utvikling i retning av strengere ansvarsregler og bedre beskyttelse for skadelidte. I Norge er denne utviklingen i det vesentlige skjedd gjennom rettspraksis, og norsk rett går i dag – ved siden av amerikansk rett – trolig lengst i å oppstille rene objektive ansvarsregler». <sup>727</sup>

I «P-pille-dom II» i Rt 1992 s 64 kom Høyesterett til at legemiddelprodusenten ble ansvarlig på ulovfestet objektivt grunnlag for skade som skjedde før produktansvarsloven av 1988 trådte i kraft. Dette indikerer at det i 1970- og 1980-årene har vært en gradvis rettsutvikling med strengere krav til produsentene og et sterkere erstatningsvern for forbrukerne.

## 14.5 Konklusjoner

---

Det er tvilsomt i hvilken utstrekning den objektive ansvarsreglen ved genusforpliktelser etter kjøpsloven av 1907 omfattet skader som knytter seg til salgsgjenstandens farlige/skadevoldende egenskaper. Mye taler for å legge til grunn Kristen Andersens tese om ansvar for skadevolderen for egenskaper som «er slik at de etter sin natur omsetter seg i skade når kjøperen på forsvarlig måte bruker salgsgjenstanden etter dens formål». Det er nettopp når man bruker tobakksvarene slik de skal brukes, at sykdom, uførhet og dødsfall inntreffer.

Produktansvarslovens regler om erstatningsansvar for «sikkerhetsmangler» gjelder også for tobakksindustrien. Det foreligger en så betydelig diskrepans mellom de helserisikoene som knytter seg til bruk av tobakk og den sikkerheten som forbrukerne bør kunne forvente, at det er store muligheter for at tobakksindustrien kan bli erstatningsansvarlig etter grunnprinsippene i produktansvarsloven.

<sup>725</sup>Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 441.

<sup>726</sup>Peter Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, Oslo 1999 s 222.

<sup>727</sup>NOU 1980: 29 s 82.

Produktansvarsloven gjelder antakelig også for dem som har røykt både før og etter lovens ikrafttrede 1. januar 1989. Dette spørsmålet er imidlertid ikke så viktig, fordi culpanormen og det ulovfestede objektive ansvaret slik det er utviklet i norsk rettspraksis, har gått langt i å beskytte skadelidte/forbrukerne.

I dette kapitlet har vi gjengitt flere uttalelser fra den juridiske teori og Produktansvarsutredningen som kan tyde på at det vil være vanskelig for røykere å vinne fram med erstatningssøksmål overfor tobakksindustrien etter kjøpsloven og produktansvarsloven. Det dreier seg imidlertid om løsrevede uttalelser som ikke er konklusjoner på dyptpløyende drøftelser av spørsmålet om tobakksindustriens erstatningsansvar. Vi ser derfor på disse uttalelsene bare som uttrykk for den umiddelbare rettsfølelse hos jurister som kunne ha kommet til helt andre resultater hvis de hadde hatt anledning til å gå grundig inn i problemstillingene. Uttalelsene bygger dessuten på mangelfullt faktum når det gjelder tobakk som et moderne industriprodukt, og om de store helseskadene og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til bruk av tobakk.

Spørsmålet om røykerne kan sies å ha medvirket til skadeforvoldelsene og/eller ha akseptert de store og alvorlige risikoene som knytter seg til røykingen, drøftes i kapittel 16, se særlig punkt 16.5.

## Kapittel 15

# Kravene til årsakssammenheng og adekvans

### 15.1 Innledning

---

I enkelte tilfeller kan det være vanskelig å fastslå om det er røykingen som har vært årsaken til en sykdom, eventuelt hvor mye som skyldes røykingen og hvor mye som skyldes andre faktorer. Her er det viktig med medisinsk sakkyndighet for å få en best mulig beskrivelse og analyse av hva som kan ha skjedd i det enkelte tilfellet.

Dertil oppstår det spørsmål om hvilke beviskrav som skal stilles. Vanligvis kan overvektsprinsippet benyttes; det mest sannsynlige faktum skal legges til grunn.

De juridiske spørsmålene knytter seg først og fremst til samvirkende skadeårsaker, for eksempel ved kombinasjonen av sigaretttrøyking og arvelig disposisjon, og ved kombinasjonen av sigaretttrøyking og asbestpåvirkning. Skal man i slike tilfeller benytte betingelsesteorien, hovedårsakslæren og/eller fordelingsprinsippet?

### 15.2 Hva har skjedd – sakens faktum

---

#### 15.2.1 Sakkyndige erklæringer

I tobakkssaker vil legeerklæringer og sakkyndige uttalelser i retten fra leger og andre eksperter bli viktige for avgjørelsen av om det er tobakksrøyk eller andre faktorer som skal anses å ha ført til helseskade. Som regel vil det være spørsmål om hvor stort bidrag de ulike årsaksfaktorer har hatt.

Det vil sjelden være mulig fullt ut å klargjøre hva som har skjedd. Man vil ikke kunne vite med sikkerhet hvor mye den enkelte har røykt og hvilke andre risikofaktorer som vedkommende har vært utsatt for. Og den medisinske vitenskap har ikke eksakte kunnskaper om hvordan ulike stoffer som tilføres kroppen i gitte tidsrom, fører til bestemte sykdommer.

Men disse problemene må heller ikke overdrives. Det foreligger tross alt meget betydelig forskning om forholdet mellom tobakksbruk og sykdomsutvikling som vil kunne gi viktige bidrag til å forstå hva som har skjedd i det enkelte tilfelle.

Dersom retten finner behov for sakkyndig bistand for å belyse saken, oppnevnes som hovedregel kun én sakkyndig, se tvistemålsloven § 239 første ledd. Det er imidlertid adgang til å oppnevne to eller flere sakkyndige. Hvis det foreligger stort sett samstemmige uttalelser fra de fremste ekspertene i landet, vil dette som regel legges til grunn av retten. Uttalelser fra sakkyndige som engasjeres og betales av en av partene, blir tillagt mindre vekt enn uttalelser fra sakkyndige som oppnevnes av retten. Det gjelder særlig utenlandske sakkyndige på områder hvor vi har framtrедende eller vel kvalifiserte eksperter i Norge.

### 15.2.2 Kravet til bevis for årsakssammenheng

I mange tilfeller vil det være tvil om hvor stor betydning bruk av tobakk har hatt for utviklingen av en sykdom. Her må det først nevnes at den medisinske vitenskap og naturvitenskapen for øvrig stiller strengere krav til bevis enn det som gjøres i jussen.

Vi har ikke plass til å gå nærmere inn på prosessrettens alminnelige bevisregler, så vi vil bare nevne noen hovedregler. Et grunnprinsipp er at den som treffer en rettsavgjørelse, i utgangspunktet må bygge på det alternativet som framstår som mest sannsynlig. Dette kaller vi overvektsprinsippet.<sup>728</sup>

Dersom det er tvil om det er skadevolderens culpøse forhold eller andre forhold som er årsak til skaden, er det skadelidte som har bevisbyrden eller tvilsrisikoen. Den som krever erstatning må føre bevis for at det foreligger årsakssammenheng. Denne bevisbyrden er imidlertid ikke særlig streng.

I «P-pille-dom I» i Rt 1974 s 1160 var det spørsmål om en kvinnes hjertesykdom og dødsfall skyldtes P-pillebruk. Høyesterett frifant pilleprodusenten med den begrunnelse at man ikke fant «rimelig sannsynlighetsovervekt» for at døden var forårsaket av pillebruken.

I «P-pille-dom II» i Rt 1992 s 64 kom Høyesteretts flertall fram til at P-pilleprodusenten måtte bli erstatningsansvarlig for at skadelidte hadde fått hjerne-trombose, blitt lam og mistet taleevnen. Andre årsaksfaktorer enn P-pillebruken var også inne i bildet; at skadelidte hadde medfødt misdannelse som kan ha disponert for hjerneslag, at hun under håndballspill kan ha blitt rammet av et traume, at hun i ca 5 år hadde røykt en pakke tobakk i uken, og at hun hadde nydt alkohol den kvelden hun ble syk. Etter en samlet vurdering av et omfattende materiale kom førstvoterende til «at det er sannsynlighetsovervekt for at p-pillen var en nødvendig årsak til A's trombose» (s 77).

Hva spesielt angår røykingen, kan det være grunn til å nevne at skadelidte bare var 23 år da sykdommen inntrådte, at hun bare hadde røykt i fem år og at omfanget av røykingen var moderat. Det er naturlig at P-pillebruken i dette tilfellet ble ansett som en mer sannsynlig årsaksfaktor enn røykingen.

I enkelte tilfeller snus bevisbyrden slik at skadevolderen må føre et rimelig bevis for at det ikke foreligger årsakssammenheng. Et eksempel på lovfestning av dette har vi i forurensningsloven av 13 mars 1981 nr 6 § 59 første ledd: «Den som volder en forurensning som alene eller sammen med andre skadeårsaker kan ha forårsaket forurensningsskaden, regnes for å ha forvoldt skaden dersom det ikke blir godtgjort at en annen årsak er mer sannsynlig.»

Peter Lødrup framhever at bevisbyrden kan bli snudd til skadevolderen hvis han sitter med påstått materiale og «ikke legger kortene på bordet», hvis skadevolderen har størst muligheter til å oppklare faktum, hvis han hadde størst muligheter til å sikre bevis (for eksempel føre nøyaktig sykejournal), hvis det er «et misforhold mellom partenes ressurser — den enkelte skadelidte mot en større industribedrift», og hvis skadeforvolderen er «storprodusent av skader».<sup>729</sup>

Disse momentene taler for at tobakksindustrien bør ha bevisbyrden for at det ikke foreligger årsakssammenheng mellom deres eventuelle culpøse for-

728.Jens Edvin A. Skoghøy, *Tvistemål*, oslo 1998 s 654-657; og Jo Hov, *Rettergang I*, Oslo 1999 s 265.

729.Peter Lødrup, *Lærebok i erstatningsrett*, Oslo 1999 s 317 og 327-330.

hold og inntrådte sykdom og dødsfall som kan skyldes tobakksrøyking. Industrien har kunnskapen om tobakksvarenes innhold, herunder om tilsetningsstoffer, som den ennå ikke har villet legge på bordet. Industrien har de største mulighetene til å oppklare faktum, og har vært i en posisjon hvor den har kunnet sikre bevis om sine produkter. De fleste av tobakkfirmaene er store industribedrifter og er storprodusenter av skader.

Nils Nygaard uttaler at tvilsrisikoen går over på skadevolderen dersom hans handling var «klårt klanderverdi». <sup>730</sup> Hvorvidt dette moment taler for omvendt bevisbyrde i en konkret sak, avhenger av hvor mye det er å klandre tobakksindustrien, se kapittel 12 culpabedømmelsen.

### 15.2.3 Beviskravene i saker om yrkesskadetrygd

Det foreligger ikke erstatningsrettslig rettspraksis når det gjelder årsakssammenheng i tobakkssaker. Men vi har noen avgjørelser fra trygderetten som kan kaste lys over spørsmålene. Derfor vil vi her bruke trygderettslig materiale for å illustrere problemstillingene.

I folketrygdloven kapittel 13 er det gitt regler om hvilke skader og sykdommer som kan godkjennes som yrkesskader og yrkessykdommer. Her gjelder som utgangspunkt de alminnelige beviskravene i norsk rett, altså som hovedregel overvektsprinsippet. <sup>731</sup> Men bevisbyrden kan snus ut fra momenter som er nevnt i punkt 15.2.2.

Når det gjelder yrkessykdommer, er tidligere forskrifter og nå lovens § 13–4 utformet slik at det gjelder en presumsjon for godkjenning når visse vilkår er oppfylt, se punkt 15.3.6 nedenfor. <sup>732</sup> Dette er en viktig grunn til at Trygderetten ofte godkjenner som yrkessykdommer tilfeller hvor asbest, støv og andre faktorer i arbeidsmiljøet i kombinasjon med tobakksrøyking fører til lungelidelser og andre sykdommer. <sup>733</sup> Bare hvor påvirkning gjennom langvarig tobakksrøyking gir et mer nærliggende eller sannsynlig grunnlag for sykdommen enn påvirkningen fra arbeidsmiljøet, blir det avslag som yrkessykdom eller redusert erstatning. <sup>734</sup>

### 15.2.4 Beviskravene i saker om yrkesskadeforsikring

I tillegg til folketrygdlovens særregler om yrkesskader og yrkessykdommer har vi en egen lov om yrkesskadeforsikring av 16. juni 1989 nr 65.

Denne loven følger som utgangspunkt folketrygdlovens definisjoner av yrkesskader og yrkessykdommer. En viktig særregel er inntatt i § 11 andre ledd. Her stilles det svakere krav til bevis for årsakssammenheng mellom en skadepåvirkning i arbeidsmiljøet og en sykdom enn de kravene som stilles for godkjenning som yrkessykdom etter folketrygdloven kapittel 13 og i den alminnelige erstatningsrett. Etter loven om yrkesskadeforsikring pålegges skadevolderen en ganske tung bevisbyrde for at årsakssammenheng ikke foreligger.

<sup>730</sup> Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 238.

<sup>731</sup> Se Asbjørn Kjønsstad, Yrkesskadetrygden, Oslo 1979 s 56-59.

<sup>732</sup> Se også Svend Lindstrøm, i Kjønsstad (red.), Folketrygdloven med kommentarer, Oslo 1998 s 493-495.

<sup>733</sup> Se Trygderettens ankesak nr 412/84, 1258/86, 1612/87, 2787/87, 69/89, 533/89, 790/89, 3357/89 og 3808/90.

<sup>734</sup> Se Trygderettens ankesak nr 649/81, 2031/89, 2210/91, 2675/93 og dels 256/99.

Dette er viktig for ansvaret for sykdommer som kan tilbakeføres til røykfylte lokaler i bedrifter og offentlige institusjoner. Bartendersaken som er omtalt i punkt 11.4.2, illustrerer dette. Nicolai V. Skjerdal har i en leder i Lov og Rett omtalt denne saken under problemstillingen: Kan en røyker kreve erstatning på grunn av røykfulle arbeidslokaler? <sup>735</sup>

«En kvinne fra Stavanger begynte i 1977 som bartender ved et av byens hoteller. Baren lå i kjelleretasjen og var kombinert med hotellets diskotek og nattklubb. Stedet var populært i Stavanger og i helgene var det alltid fullt, det vil si 600–700 mennesker fordelt på 320 kvm. Lokalet ble raskt fylt av sigarettøyk og det var dårlig ventilasjon, særlig rundt baren. På slike kvelder var forholdene så plagsomme for de ansatte i baren at de hostet, øynene rant og de kunne knapt skimte gjestene. I løpet av en arbeidsøkt måtte de ansatte i baren på rundgang trekke opp i hotellets resepsjonslobby for frisk luft.

Ved en legeundersøkelse i 1992 ble det tilfeldig oppdaget at kvinnen hadde lungekreft. På dette tidspunkt var kvinnen 40 år. Hun ble operert samme vår. Én lunge og noe av hennes hjerteklaff ble fjernet.

Spørsmålet var nå om kvinnen kunne kreve erstatning av arbeidsgiverens yrkesskadeforsikring. Et hovedproblem i saken er at kvinnen selv har røyket. Hun begynte å røyke da hun var 21 år, altså før hun ble ansatt ved hotellet, og røyket 10–15 sigaretter daglig inntil hun ble diagnostisert med lungekreft nitten år senere. Forsikringsselskapet har fra første stund avvist ansvar under henvisning til at lungekreften i all hovedsak må skyldes kvinnens egen røyking.

... Etter å ha foretatt nikotinmålinger i arbeidslokalene kom de to sakkyndige til at den passive røykingen hadde bidratt til utviklingen av kvinnens lungekreft med minst 40 %, mens kvinnens egen røyking ble ansett å ha bidratt med omkring 60 %. Ved dom i januar 1999 la lagmannsretten de sakkyndiges rapport til grunn og konkluderte enstemmig med at kvinnen hadde rett til yrkesskadeerstatning. Under dissens 2–1 kom imidlertid retten til at kvinnens egen røyking måtte føre til en reduksjon i erstatningen. Mindretallet på én dommer mente at kvinnen hadde rett til uavkortet erstatning.

Ved første øyekast kan domsresultatene virke overraskende. Hvordan kan en som selv røyker beklage seg over passiv røyking på arbeidsplassen? En av grunnene er at yrkesskadeforsikringsloven gir ansatte et spesielt sterkt vern. Til forskjell fra bevisreglene i den alminnelige erstatningsrett, er det ikke den skadelidte som må sannsynliggjøre at arbeidsmiljøet er årsaken til sykdommen; etter lovens § 11 andre ledd er det forsikringsselskapet som må godtgjøre at arbeidsmiljøet åpenbart ikke har hatt betydning for sykdomsutviklingen. Lovens ordning er fullt ansvar for forsikringsselskapet hvis først arbeidsmiljøet er en årsaksfaktor. Disse reglene er ment å forebygge konflikter og de skal sikre at bevisvanskeligheter ikke hindrer ansatte i å nå frem med krav om yrkesskadeerstatning.»

Denne saken vil bli behandlet av Høyesterett i høsten 2000. Det er spørsmålet om reduksjon av erstatningen på grunn av skadelidtes medvirkning som da vil bli temaet. Lagmannsrettens avgjørelse av årsaksspørsmålet er rettskraftig.

735. Nicolai V. Skjerdal, Kan en røyker kreve erstatning på grunn av røykfulle arbeidslokaler? Lov og Rett 1999 s 193-194.

### 15.3 Årsakskravets juridiske innhold

---

#### 15.3.1 Samvirkende skadeårsaker

Som regel er det flere årsaksfaktorer som virker sammen og fører til en sykdom eller et dødsfall. For eksempel kan kombinasjonen av aktiv røyking, passiv røyking, asbest på arbeidsplassen og andre faktorer føre til lungekreft.

Man kan tenke seg at en medisinsk vurdering kan fastslå hvor stor betydning de enkelte årsaksfaktorer har hatt. Spørsmålet om det kan sies å foreligge årsakssammenheng mellom røykepåvirkningen og sykdommen/dødsfallet vil da avhenge av hvilket årsaksbegrep som legges til grunn. I det følgende skal vi gjøre rede for de tre årsaksbegrepene som har spilt størst rolle i norsk erstatningsrett.

#### 15.3.2 Betingelsesteorien

Filosofen John Stuart Mill er blitt tillagt æren for et årsaksbegrep som har hatt stor betydning i mange vitenskaper. Etter betingelsesteorien er en begivenhet A årsak til en annen begivenhet B hvis B ikke hadde inntrådt dersom man tenker seg A borte.<sup>736</sup> A er da en nødvendig betingelse for at B skal inntre.

Anvendt på vårt område vil en røykepåvirkning etter betingelsesteorien bli ansett som årsak til en sykdom, hvis denne sykdommen ikke hadde inntrådt dersom man tenker seg røykepåvirkningen borte. Hvis sykdommen ville ha inntrådt selv om røykepåvirkningen ikke hadde foreligget, er kravet om årsakssammenheng ikke oppfylt.

Etter betingelsesteorien kan en liten røykepåvirkning anses som årsak til en alvorlig sykdom. Røykepåvirkningen kan være den lille tua som velter det store lasset. Her foreligger det årsakssammenheng etter betingelsesteorien, selv om andre årsaksfaktorer – for eksempel en røykers spesielle sårbarhet – er de dominerende og vesentlige årsaksfaktorene. En person med bedre almenhelsetilstand ville ikke ha blitt syk hvis han eller hun hadde blitt utsatt for en tilsvarende røykepåvirkning.

#### 15.3.3 Hovedårsakslæren

Denne læren karakteriseres ved at man skiller mellom de mer og de mindre vesentlige årsaksfaktorene. Man prøver å finne ut hva som er den mest dominerende årsaksfaktoren.<sup>737</sup>

Hvis man kommer til at røykepåvirkningen kan karakteriseres som hovedårsak til en sykdom, er kravet om årsakssammenheng oppfylt. Dersom de andre årsaksfaktorene dominerer bildet, må man etter denne årsakslæren konstatere at kravet om at sykdommen skal skyldes røykepåvirkning, ikke er oppfylt.

Hovedårsakslæren stiller egentlig et krav om at røykepåvirkningen må være av en viss størrelse. Hvis en person har røykt lite over et kort tidsrom,

736. Se Fredrik Stang, Erstatningsansvar, Kristiania 1919 s 64 fl; Johs. Andenæs, Alminnelig strafferett, Oslo 1997 s 118 fl; Peter Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, Oslo 1999 s 296-304; og Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 323-324.

737. Se Carsten Smith, Om lovgivning, solidaritet og regress i erstatningsretten, Tidsskrift for Rettsvitenskap 1961 s 361 fl; Kristen Andersen, Skadeforvoldelse og erstatning, Oslo 1970 s 31 fl; Peter Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, Oslo 1999 s 304-306, og Nils Nygaard, Skade og ansvar, Bergen 2000 s 335-336.



kan røykepåvirkningen vanligvis ikke anses som hovedårsak til en sykdom og/eller et dødsfall. Det gjelder selv om røykepåvirkningen har vært en nødvendig betingelse for sykdommens inntreden. I slike tilfeller foreligger det årsakssammenheng etter betingelsesteorien, men ikke etter hovedårsakslæren.

#### 15.3.4 Fordelingsprinsippet

Etter fordelingsprinsippet eller pro rata-prinsippet fordeles skadelidtes samlede tap forholdsmessig (pro rata) etter den betydning de enkelte årsaksfaktorene har hatt for skadens inntreden. Dette prinsippet benyttes sjelden i erstatningsretten, men er viktig i forsikringsretten og trygderetten.

Fordelingsprinsippet benyttes innenfor sjøforsikringen, for eksempel hvor skipet er forsikret i ett selskap mot sjøhavarifarer og i et annet selskap (eller er uforsikret) mot krigsfarer. Etter sjøforsikringsplanen «fordeles tapet forholdsmessig over de enkelte farer etter den innflytelse hver av dem må antas å ha øvet på dets inntreden og omfang.»<sup>738</sup>

Et annet område er ulykkesforsikringen. Her er selskapet ansvarlig for en skade som skyldes en ulykke (en plutselig og uventet ytre hending), men ikke for skadelidtes sykdommer. Dersom en ulykke og en sykdom begge har vært nødvendige betingelser for skaden, skal det skje en fordeling av forsikringssummen etter hvor stor betydning hver årsak har hatt for skaden.

Dersom man skal anvende fordelingsprinsippet i et erstatningsoppgjør hvor tobakksrøyking er involvert, må man fordele ansvaret for en uførhet mellom betydningen av røyking som årsaksfaktor og betydningen av andre årsaksfaktorer. Erstatningsbeløpt fastsettes etter hvor stor del av uførheten som kan tilbakeføres til røykepåvirkning og hvor stor del som kan tilbakeføres til andre faktorer.

Fordelingsprinsippet er blitt benyttet i noen yrkesskadesaker. Særlig viktig er kombinasjonen av asbest og røyking som årsak til lungekreft. Her har vi også et vanskelig spørsmål om hvem som skal bære ansvaret for synergieffekten.<sup>739</sup>

Eksempel: Den som er utsatt for asbestpåvirkning uten å røyke, har 5 ganger større risiko for å få lungekreft enn den som verken røyker eller er utsatt for asbestpåvirkning. Den som røyker uten å være utsatt for asbestpåvirkning, har 10 ganger større risiko for å få lungekreft enn den som verken røyker eller er utsatt for asbestpåvirkning. Den som både er utsatt for asbestpåvirkning og røyker, har 50 ganger større risiko for å få lungekreft enn den som ikke er utsatt for noen av disse påvirkningene. Det er altså ikke summen (5+10), men produktet (5x10) av årsaksfaktorenes betydning som gir den samlede skaderisiko. Spørsmålet om ansvar for synergieffekten tas opp i punkt 15.3.6.

#### 15.3.5 Årsakskravet i erstatningsretten

Det foreligger en rekke dommer hvor det er tatt stilling til spørsmålet om årsakssammenheng og en omfattende juridisk litteratur hvor årsaksbegreper

738.Se nærmere om dette prinsippet og denne klausulen i Knut S. Selmer, *Forsikringsrett*, Oslo 1982 s 249-251 og 296-299.

739.Se Asbjørn Kjønstad, *Tobakksrøyking og asbest som årsaker til lungesykdommer – noen årsaksproblemer i yrkesskadetrygden* (upublisert manus) Oslo 1993.

er drøftet. Det er her ikke plass til å gå nærmere inn på alt dette. Vi skal bare ta for oss det som må regnes som den viktigste rettskilden om årsakskravet i norsk erstatningsrett, nemlig «P-pille-dom II» i Rt 1992 s 64, som er omtalt i punkt 13.3.1 og 15.2.2. Her gir førstvoterende (s 69–70) med tilslutning fra de øvrige dommerne (s 83–87) en generell og prinsipiell redegjørelse for det årsaksbegrepet som legges til grunn:

«Årsak mellom en handling eller unnlatelse og en skade er vanligvis oppfylt dersom skaden ikke ville ha skjedd om handlingen eller unnlatelsen tenkes borte. Handlingen eller unnlatelsen er da en nødvendig betingelse for at skaden inntreffer. I den årsaksskjede som leder frem til en skade, kan det – når årsakskravet stilles på denne måte – foreligge flere årsaker og dermed også flere mulige erstatningsbetingende forhold.

Lagmannsretten har funnet at A's hjerneslag skyldtes et samspill av flere årsaksfaktorer, men retten har lagt til grunn at årsakskravet ikke var oppfylt bare ved at p-pillen var én av disse. Hvis lagmannsretten med dette har ment å stille et krav om at p-pillebruken skal ha vært hovedårsaken til trombosen, er jeg ikke enig. Såfremt p-pillebruken hadde fremstått som et lite vesentlig element i skadebildet i forhold til en annen årsak som anses som den dominerende, kunne det være grunn til å se bort fra p-pillebruken ved ansvarsbedømmelsen selv om også den var en betingelse for skaden. Men slik synes lagmannsretten — i drøftelsen av forholdet mellom p-pillebruken og røykingen — ikke å ha vurdert p-pillens betydning.

Spørsmålet blir etter min mening om bruken av p-pillen Lyndiol var en nødvendig betingelse for at A ble rammet av hjernetrombosen. På bakgrunn av de opplysninger som foreligger og som jeg kommer tilbake til, kan mye tale for at det her foreligger et tilfelle av samvirkende skadeårsaker, hvor flere faktorer har vært nødvendige for skaden. Når jeg i det følgende drøfter om p-pillebruken er en nødvendig betingelse eller årsak til skaden, legger jeg samtidig i uttrykket «nødvendig» at den har vært så vidt vesentlig i årsaksbildet at det er naturlig å knytte ansvar til den.

Når det foreligger flere samvirkende skadeårsaker, vil noen av disse – de som tidsmessig inntreffer først — kunne være «disponerende», mens en enkelt vil kunne fremtre som den «utløsende» årsak. Men såfremt de «disponerende» skadeårsaker er nødvendige for å fremkalle skaden, vil også de være ansvarsbetingende.»

I første avsnitt fastslås det at betingelsesteorien som utgangspunkt gjelder i norsk erstatningsrett. Alle årsaksfaktorer som har vært nødvendige betingelser for skadens inntreden, kan «vanligvis» anses som årsaker til skaden. I dette ligger også at flere faktorer kan anses som årsaker i juridisk forstand. Dermed kan flere skadevoldere bli ansvarlige for hele skaden. Dersom denne kvinnen hadde røykt mer og over lengre tid, kunne både pilleprodusenten og tobakksprodusenten blitt ansvarlige.

Av andre avsnitt andre setning framgår det at den tradisjonelle hovedårsakslæren ikke kan legges til grunn. Det er ikke bare hovedårsaken som kan regnes som årsak i erstatningsrettlig forstand. Dette er viktig fordi mange har hevdet at hovedårsakslæren skal legges til grunn i norsk erstatningsrett.

I andre avsnitt tredje setning presenteres en avdempet hovedårsakslære. Man kan eliminere årsaksfaktorer, som framstår «som et lite vesentlig ele-

ment i skadebildet». Det gjelder selv om de er nødvendige betingelser for skadens inntreden.

I tredje avsnitt framheves det at P-pille-bruken må være en nødvendig betingelse for sykdommens inntreden, og at det i nødvendighetsbegrepet ligger et visst krav om vesentlighet. Dette innebærer at betingelsesteorien gjelder i norsk rett, men at en modifisert hovedårsakslære anvendes for å presisere eller supplere denne.

I fjerde avsnitt trekkes det en sontring mellom «disponerende» og «utløsende» årsaksfaktorer. Begge kan være ansvarsbetingende, men det ligger implisitt i det som sies, at det lettere kan bli ansvar for en utløsende årsaksfaktor. En slik faktor er som regel nødvendig og kan sjelden anses som uvesentlig.

Ellers kan man merke seg at fordelingsprinsippet overhodet ikke nevnes i domspremissene. Som nevnt i punkt 15.3.4 har denne læren neppe noen plass i den alminnelige erstatningsrett.

«Bartendersaken», som er omtalt i punkt 15.2.4 ovenfor, ser ut til å samsvare med den årsakslæren som er lagt til grunn i «P-pille-dom II». Bartenderens egen røyking bidro med omkring 60 prosent til hennes lungekreft, mens røyken i arbeidslokalet bidro minst 40 prosent. Arbeidsmiljørøyken ville ikke vært tilstrekkelig for å kunne konstatere årsakssammenheng etter hovedårsakslæren, men er tilstrekkelig etter betingelsesteorien kombinert med en modifisert hovedårsakslære. Røyken i arbeidsmiljøet var en nødvendig og ikke uvesentlig årsaksfaktor.

#### **15.3.6 Yrkessykdommer etter folketrygd-loven: Kombinasjon av hovedårsaks- læren, betingelsesteorien og fordelingsprinsippet**

Som nevnt i punkt 15.2.3 ovenfor kan trygderettslig kildemateriale belyse årsaksspørsmålet også i erstatningsretten. Vi vil derfor gå noe inn på årsakssproblematikken i forbindelse med yrkessykdommer.

Folketrygdloven § 13–4 inneholder regler om yrkessykdommer som likesættes med yrkesskader. I andre ledd er det oppstilt fire vilkår for godkjenning:

- a) Sykdomsbildet er karakteristisk og i samsvar med det som den aktuelle påvirkningen kan framkalle,
- b) vedkommende i tid og konsentrasjon har vært utsatt for den aktuelle påvirkningen i en slik grad at det er rimelig sammenheng mellom påvirkningen og det aktuelle sykdomsbildet,
- c) symptomene har oppstått i rimelig tid etter påvirkningen, og
- d) det ikke er mer sannsynlig at en annen sykdom eller påvirkning er årsak til symptomene.

En sykdom skal godkjennes som yrkessykdom dersom den oppfyller vilkårene under bokstavene a, b og c med mindre det foreligger annen påvirkning som gir et mer nærliggende eller sannsynlig grunnlag for de aktuelle symptomene, se bokstav d.

Det er ganske vanlig i saker om yrkessykdommer at to eller flere årsaksfaktorer ligger bak det aktuelle symptombildet: Et symptombilde som passer med en sykdom som oppfyller vilkårene om yrkespåvirkning i § 13–4 andre ledd bokstav a, b og c, kan i mange tilfeller også passe med andre påvirkningsformer, som omfattes av bokstav d.

Slik annen påvirkning kan gjøre seg gjeldende uavhengig av yrkespåvirkningen. Hver av faktorene (i og utenfor yrket) kan være tilstrekkelig til å framkalle det aktuelle symptombildet.

Med «annen påvirkning» menes påvirkning som faller helt utenfor forskriften om yrkessykdommer. Som eksempel på «annen påvirkning» nevner Rikstrygdeverket i sitt rundskriv vedkommendes egen tobakksrøyking (i forhold til støvpåvirkning i arbeidet).<sup>740</sup> Videre uttales det i rundskrivet:

«Etter at kartleggingen av eventuelle andre mulige årsaksfaktorer er foretatt, må vi foreta en vurdering av om disse fremtrer som en mer nærliggende eller sannsynlig årsak til de aktuelle symptomer enn de sykdommer som fyller delvilkårene for godkjenning i § 13–4 andre ledd, punktene a, b og c.

...  
Vektlegging av de ulike mulige årsaksfaktorer.

I de tilfeller hvor det i tillegg til yrkespåvirkning foreligger mulige årsaksfaktorer i form av «annen sykdom» eller «annen påvirkning» må det tas standpunkt til hvordan disse faktorer skal vektlegges i forhold til hverandre.

#### *Vektleggingsprinsippet*

Vurderingen av om det foreligger annen sykdom eller påvirkning som er en mer sannsynlig årsak til de aktuelle symptomene enn de yrkesbetingede, kan sammenliknes med å foreta en vektlegging i en balansevekt. I den ene vektskålen legger vi de yrkesbetingede årsaksfaktorer og i den andre skålen legger vi de andre mulige årsaksfaktorer i form av «annen sykdom» eller «annen påvirkning».

Denne vektleggingen kan gi følgende resultat:

#### *– Full godkjenning*

Dersom vektskålene blir stående med overvekt på siden for de yrkesbetingede årsaksfaktorer, skal det aktuelle symptombildet godkjennes fullt ut som yrkesbetinget. Det samme gjelder dersom vektskålene blir stående i balanse. I et slikt tilfelle vil de andre mulige årsaksfaktorer ikke gi et mer nærliggende eller sannsynlig grunnlag for de aktuelle symptomer. Det foretas altså ingen ansvarsfordeling mellom årsaksfaktorene i de tilfeller hvor de forskjellige årsaksfaktorer ansvar blir vurdert til å være likeverdige når det gjelder å forklare det aktuelle sykdomsbildet, dvs. når ansvarsforholdet blir vurdert til 50/50 %.

Denne fortolkning er i samsvar med flere kjennelser avsagt av Trygderetten, bl.a. i ankesak nr. 2787/87.

#### *– Delvis godkjenning*

Dersom skålen i balansevekten som inneholder «annen sykdom» eller «annen påvirkning» veier mest (mer enn 50 %), vil resultatet bli delvis godkjenning.

Hvor stor del av det totale sykdomsbildet som skal godkjennes vil avhenge av graden av overvekten på de ikke-yrkesbetingede faktorer.

I den praktiske fordelingen av ansvaret mellom yrkesbetingede og ikke yrkesbetingede årsaksfaktorer bruker vi ikke finere sprang enn

<sup>740</sup>Rikstrygdeverket, Rundskriv av 1 mai 1997 om yrkesskadedekning s 84.

10 %. Når «annen sykdom» eller «annen påvirkning» anses for å veie tyngst setter vi denne til 60 % eller mer. Dette innebærer at ved delvis godkjennelse settes i praksis den del som skyldes de yrkesbetingede faktorer til 40 % eller lavere.

Det er i prinsippet ingen grense for hvor lavt prosentandelen for den godkjente delen av det totale sykdomsbildet kan settes. Det er først når denne andelen vurderes til å være helt ubetydelig at en kan fatte vedtak om avslag ved krav om godkjennelse på dette grunnlag.

### *Synergisme*

I noen tilfeller vil to eller flere årsaksfaktorer virke sammen på en slik måte at sykdomsutviklingen blir mangedoblet i forhold til hva summen av risikoen ved hver av faktorene isolert skulle tilsi. Dette kalles synergisme. Det kalles også «potensering» av skadefølgen.

Tobakksrøyk virker sammen med asbest på en slik måte at risikoen for å få lunge kreft øker til mer enn summen av risikoene for hvert stoff. Asbesteksponerte isolatører har fem ganger høyere risiko for å få lungekreft. Det gjelder for både røykere og ikke-røykere. Den kombinerte virkningen av asbest og tobakksrøyk øker risikoen 50 ganger.

Det blir normalt ikke foretatt årsaksfordeling i synergitilfellene hvor så vel yrkesbetingede som ikke-yrkesbetingede årsaksfaktorer inngår i samspillet som gir synergieffekten. I lungekrefttilfeller med bakgrunn i asbest og tobakksbruk skal således hele lidelsen godkjennes. Dette fordi det i slike tilfeller ikke er mulig å påvise hvor stor del av sykdommen som ikke skyldes yrkesmessig påvirkning.

### *Arvelig disposisjon for sykdom*

Arvelige (genetiske) egenskaper hos den enkelte vil kunne øke risikoen for en viss sykdomsutvikling. Det er imidlertid bare i tilfeller hvor det kan dokumenteres at arvelighetsfaktoren er den helt dominerende årsak til sykdomsutviklingen at den skal tillegges betydning som eventuelt grunnlag for årsaksfordeling. Med andre ord vil arvelighetsfaktoren vanligvis ikke føre til årsaksfordeling når det gjelder godkjennesspørsmålet.

### *Fordeling av medisinsk invaliditet kontra fordeling av ervervsmessig uføregrad*

Fordelingen vi er kommet frem til skal legges til grunn ved fastsettelsen av hvor stor del av lidelsens samlede medisinske invaliditet som kan gi grunnlag for menerstatning (tidligere yrkesskadeerstatning). Se nærmere under kommentarene til § 13–17.

Den del av lidelsen som er godkjent kan også være grunnlag for å gi eventuelt uførepensjon med yrkesskadefordeler. Ved uføregradsfastsettelsen kommer imidlertid andre hensyn inn. Da gjelder det å ta stilling til hvilken betydning den godkjente del av lidelsen har for tapet av ervervsevne. Den årsaksfaktorfordeling vi snakker om i godkjennelsesfasen må derfor ikke forveksles med den fordeling av ansvar for tap av ervervsevne som kan bli aktuell ved krav om rehabiliteringspenger, attføringspenger eller uførepensjon etter særreglene om yrkesskade. Denne «ansvarsfordeling» som går ut på å fastsette en særskilt uføregrad for den del av den trygdedes uførhet som skyldes

yrkesskade/yrkessykdom foretas etter at godkjennelsesspørsmålet definitivt er avgjort, jf. kommentarene til § 12–8 andre ledd.»

Av sitatets sjette avsnitt («Full godkjennelse») framgår det at den tradisjonelle hovedårsakslæren anvendes når yrkespåvirkningen er viktigere enn annen påvirkning. I disse tilfellene blir hele sykdommen godkjent som yrkessykdom. Etter betingelsesteorien ville begge årsaksfaktorer blitt ansvarlige for hele skaden hvis de var nødvendige betingelser for skadens inntreden. Etter den modifiserte hovedårsakslæren kan man imidlertid se bort fra uvesentlige årsaksfaktorer, se punkt 15.3.5 om «P-pille-dom II».

Dersom begge påvirkningene er noenlunde like viktige, skal hele sykdommen godkjennes som yrkessykdom etter folketrygdloven § 13–4. Det skyldes ordlyden i bokstav d som stiller et krav om «mer sannsynlig».

Dersom yrkespåvirkningen er mindre viktig enn annen påvirkning, benyttes fordelingsprinsippet, se sitatets åttende avsnitt («Delvis godkjennelse»). Bare den delen av sykdommen som anses å skyldes yrkespåvirkning, godkjennes som yrkessykdom. Etter betingelsesteorien og den modifiserte hovedårsakslæren, ville begge årsaksfaktorene blitt ansvarlige for hele skaden med mindre de var uvesentlige.

I bartendersaken, som er omtalt i punkt 15.2.4 ovenfor, ville resultatet ha blitt et annet hvis yrkesskadetrygdens årsaksregler skulle benyttes. Et bidrag på minst 40 prosent røyk fra arbeidslokalet er ikke tilstrekkelig til å fastslå at dette er hovedårsaken. Derfor kunne ikke hele sykdommen godtas som en yrkessykdom etter folketrygdlovens regler om yrkessykdommer. Fordelingsprinsippet ville da komme til anvendelse. Det ville innebære at 40 prosent av bartenderens lungekreft ville blitt ansett som yrkessykdom. Hun ville dermed fått en menerstatning og uførepensjon etter 40 prosent av sin invaliditets- og uføregrad.

Ved «synergisme», for eksempel ved tobakksrøyking og asbestpåvirkning, benytter trygdeetaten i yrkesskadesaker en variant av betingelsesteorien. Yrkespåvirkningen (asbesten) bærer hele tapet selv om den ikke yrkesrelaterte påvirkningen (egen røyking) er en viktigere årsak til sykdommen enn yrkespåvirkningen, se sitatets fjortende avsnitt. Sykdommen kunne ha inntrådt selv om vedkommende ikke hadde røykt, og begge påvirkninger er nødvendige for at synergieffekten skal inntre.

Det framgår av det ovenstående at reglene om yrkessykdom tolkes slik at folketrygden bærer en vesentlig del av det økonomiske ansvaret for sykdommer som dels kan tilbakeføres til arbeidsmiljøet, og dels kan tilbakeføres til egen tobakksrøyking. Dette kan folketrygden ikke kreve tilbake fra tobakksindustrien, fordi folketrygden etter skadeerstatningsloven § 3–7 første ledd ikke har rett til regress for sine utlegg (bortsett fra forsettstilfellene).

For framtiden kan man tenke seg at endel av disse skadelidte krever erstatning fra tobakksindustrien. Da vil erstatningsrettens årsaksbegrep bli lagt til grunn, se punkt 15.3.5 ovenfor. Og det kan føre til ansvar for tobakksindustrien. Det er tilstrekkelig at røykingen har vært en nødvendig og ikke uvesentlig betingelse for sykdommens inntreden.

### 15.4 Kravet til adekvans

---

Det kreves ikke bare årsakssammenheng, men at denne sammenhengen skal være adekvat. Det anses ikke som rimelig at skadevolderen skal bli ansvarlig for helt uventede, ekstraordinære, atypiske, avledede, indirekte, fjerne, perifere og/eller uforutsigbare skadefølger. Se også punkt 17.3 nedenfor.

I kravet om adekvans ligger det først og fremst et krav om at sammenhengen mellom tobakksrøykingen og sykdommen skal være påregnelig. Dertil kan det ved adekvansvurderinger legges vekt på hvor klanderverdig skadevolderen har opptrådt og hvor stort det økonomiske tapet er.

For tobakksindustrien må det etter midten av 1950-årene ha vært påregnelig at tobakksrelaterte sykdommer ville oppstå. Industrien hadde eller burde ha skaffet seg kunnskap om dette ved å gjennomgå relativt lett tilgjengelig medisinsk litteratur. I alle fall må det kunne legges til grunn at tobakksindustrien burde ha kjent til opplysninger som er å finne i Tidsskrift for Den norske Lægeforening og i rapportene fra helsedirektørene i Norge, Storbritannia, USA og Verdens helseorganisasjon. Lungekreft og endel andre sykdommer er typiske, ordinære og nærliggende følger av tobakksrøyking.

Spørsmålet om hvor klanderverdig norsk tobakksindustri har opptrådt, kan også få betydning ved adekvanssvurderingen. Dette vil i stor grad bli avklart gjennom rettsforhandlinger, særlig om culpabedømmelsen, se kapittel 12. Dette momentet (klanderverdighet) kan vanskelig tenkes å føre til at tobakksindustrien blir frifunnet etter vilkåret om adekvans.

Dersom tobakksindustrien taper mange saker, kan utgiftene bli meget omfattende. Tallene fra rettssakene i USA illustrerer dette, men her pålegges tobakksindustrien å betale betydelige erstatningsbeløp som «straff» for klanderverdige handlinger. I Norge kan vi vanskelig tenke oss at erstatningene vil bli så store at dette kan føre til at årsakssammenhengen blir ansett som inadekvat. Da kan det heller (unntagelsesvis) bli spørsmål om lemping av ansvaret etter skadeserstatningsloven § 5–2.

### 15.5 Konklusjoner

---

Spørsmålet om kravet til årsakssammenheng mellom (aktiv og passiv) røyking og sykdom er oppfylt, vil som regel avhenge av de medisinske erklæringene i den enkelte sak. Det mest sannsynlige faktum skal legges til grunn. Ved omfattende røyking og lungekreft vil dette kravet nesten alltid være oppfylt. Ved mer sporadisk røyking og/eller ved andre sykdommer kan spørsmålet være mer tvilsomt.

Gjeldende norsk erstatningsrett bygger på betingelsesteorien kombinert med en modifisert hovedårsakslære. Det innebærer at kravet om årsakssammenheng er oppfylt når røykingen har vært en nødvendig betingelse for at sykdom og/eller død har inntrådt, med mindre røykingen har vært uvesentlig.

Det kreves ikke bare årsakssammenheng, men at denne sammenhengen skal være adekvat. Det kan vanskelig tenkes at adekvanskravet kan føre til frifinnelse for tobakksindustrien.

## Kapittel 16

# Skadelidtes medvirkning og aksept av risiko

### 16.1 Innledning

---

#### 16.1.1 Erstatningsrettslige utgangspunkter

Skadelidtes forhold er viktig ved flere erstatningsrettslige spørsmål.<sup>741</sup>

For det første kan skadelidtes forhold få betydning når det skal avgjøres om kravene til årsakssammenheng og adekvans er oppfylt, se kapittel 15. Det kan hende at skadelidte har opptrådt slik at hans eget forhold må betegnes som årsak til skaden. Han vil da ikke få rett til erstatning fra noen «skadevolder».

For det andre kan skadelidtes forhold få betydning når det skal avgjøres om skadevolderen har opptrådt culpøst. Interaksjonen mellom skadevolderen og skadelidte er av viktighet ved vurderingen av skadevolderens adferd.

For det tredje kan skadelidtes forhold få betydning ved utmålingen av erstatningen. Når alle erstatningsbetingelser (culpa, økonomisk tap og adekvat årsakssammenheng) er oppfylt, skal skadelidte ha sitt fulle økonomiske tap dekket. Erstatningen kan imidlertid reduseres eller falle helt bort dersom skadelidte forsettlig eller uaktsomt selv har medvirket til skaden, se skadeerstatningsloven § 5–1. Dette skal behandles i punkt 16.2.

I punkt 16.3 skal vi gjøre rede for hvilke tilfeller man tillegger skadelidtes forhold vekt ved culpavurderingen. Resultatet kan bli at skadevolderens oppførsel må betegnes som culpøs til tross for skadelidtes forhold, eller resultatet kan bli at skadevolderens handling på grunn av skadelidtes forhold, ikke blir ansett som culpøs. I det første tilfellet skal skadelidte ha full erstatning, og i det andre tilfellet blir det ingen erstatning. Rettsvirkningen av at man tillegger skadelidtes forhold vekt ved culpavurderingen, kan ikke bli delvis erstatning som ved skadelidtes medvirkning etter § 5–1.

Dersom anvendelsen av den sistnevnte bestemmelsen fører til at erstatningsansvaret faller helt bort, blir resultatet økonomisk sett det samme som når skadelidtes forhold fører til at skadevolderens handling ikke blir betraktet som culpøs. Formelt blir det den forskjell at skadevolderen i medvirkningstilfellet har opptrådt culpøst, mens han i det andre tilfellet ikke har overtrådt culpansormen.

I punkt 16.2 og 16.3 vil vi hovedsakelig knytte drøftelsen til tilfeller hvor ansvarsgrunnlaget er culpa. I punkt 16.4 og 16.5 vil vi drøfte skadelidtes medvirkning og aksept av risiko i forhold til det ulovfestede objektive ansvaret og produktansvaret. Til tross for at vi foretar denne disposisjonsmessige oppdelingen, vil vi understreke at spørsmålet om hvilken betydning som skal tillegges skadelidtes forhold, i prinsippet stiller seg ganske likt uavhengig av ansvarsgrunnlag.

---

741. Dette ble først tatt opp til en bred drøftelse av Nils Kristian Sundby, Betydningen av skadelidtes forhold i erstatningsretten, Jussens Venner 1969 s 257–318.



### 16.1.2 Innledende synspunkter på røyking og frivillighet

De fleste som for første gang hører at det er spørsmål om å kreve erstatning fra tobakksindustrien, tenker at den som selv har røykt, ikke kan forvente å få erstatning. Utgangspunktet er jo at den som i moden alder bevisst tar en risiko som han eller hun fullt ut kjenner de mulige konsekvenser av, selv må bære ansvaret for egne valg. I USA og i andre land var synspunktet om røykernes eget ansvar lenge tobakksindustriens viktigste forsvarsargument.

Her må man først se på hvorfor folk begynner å røyke. Av dagens eldre røykere var mange unge ved røykestart og visste lite eller intet om de helserisikoene og den nikotinavhengigheten som knyttet seg til røykingen. Det gjelder særlig de som begynte å røyke i 1940-, 1950-, og 1960-årene. De som begynner å røyke i dag, er i det store og hele ungdom i alderen 14–18 år. Røyking appellerer til ungdom; det har blant ungdom vært og er ansett voksent å røyke; røyking gir sosial og miljømessig tilhørighet; og i noen sosiale lag har røykingen vært – og er – en selvsagt del av det daglige livet.

For det andre kan man undres over hvorfor den enkelte ikke har sluttet å røyke etter at det ble kjent at røykingen kunne føre til store helseskader. Mange har greid å slutte å røyke, men mange flere har forsøkt å slutte flere ganger, uten å makte å komme varig ut av sine røykevaner. For de fleste har nikotinavhengigheten vært avgjørende. Lenge trodde man at tobakksbruk bare førte til en psykologisk og sosial vanedanning. I dag slår imidlertid legevitenenskapen fast at det dreier seg om en sterk fysisk avhengighet, og nikotin sammenlignes endog med tunge narkotiske stoffer. I USA kjente tobakksindustrien til dette i hvert fall i begynnelsen av 1960-årene,<sup>742</sup> men det ble ikke kjent for legevitenenskapen og helsemyndighetene før i slutten av 1970- og utover 1980-årene, se kapittel 4 i denne utredningen. Og det er først i våre dager at legevitenenskapen har fått kunnskap om graden av nikotinavhengigheten. Folk flest kan neppe sies å være seg bevisst alvoret ved nikotinavhengigheten.

Helseskadene står i en annen stilling enn nikotinavhengigheten. Folk har lenge visst at det er farlig å røyke. Men hvor omfattende og hvor dyp har denne kunnskapen vært til enhver tid?

Fra vi fikk reklameforbudet og helseadvarslen i 1975 har nok folk flest visst at tobakksrøyking kan føre til lungekreft. Men når ble den enkelte røyker eller potensiell røyker klar over at 80–90 prosent av tilfellene med lungekreft skyldes tobakksrøyking? Og hvordan har kunnskapene vært med hensyn til de mange andre sykdommene og dødsfallene som mer eller mindre kan tilbakeføres til tobakksrøyking?

Det er selvsagt mulig å gi svar på slike spørsmål gjennom intervjuundersøkelser av store befolkningsgrupper, slik det er gjort i USA og Canada, se den artikkelen som er gjengitt i vedlegg 2 og referert i punkt 16.3.6. Denne artikkelen viser at folks kunnskapsnivå om helseskader og nikotinavhengighet var meget lavt i USA og Canada ved undersøkelsene fra 1978 til 1998, se punkt 4, 5 og 6 i artikkelen.

742.Se punkt 6.7 til 6.10 ovenfor.

I erstatningssaker vil det bli spørsmål om hva den enkelte har visst eller burde ha skaffet seg kunnskap om. Da vil det alminnelige kunnskapsnivået i samfunnet til enhver tid ha en viss, men begrenset betydning.

I diskusjonene mellom folk og i samfunnsdebatten er det en tendens til at det finner sted faseforskyvinger: Man argumenterer ut fra dagens kunnskapsnivå om helseskader som skyldes tobakksrøyking som startet for 30 til 50 år siden. Det må være klart at når de som i dag krever erstatning, skal vurderes i forhold til reglene om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko, må det skje ut fra forholdene da de startet å røyke og da det hevdes fra tobakksindustrien at de burde ha sluttet å røyke.

Det synes moralsk inkonsekvent at nettopp tobakksindustrien skal kunne påberope seg til sitt forsvar at den som har fått en røykerelatert sykdom, ikke burde ha startet å røyke og/eller burde ha sluttet å bruke et produkt som den selv markedsførte. Dette gjelder særlig for den tiden industrien drev tobakksreklame. Etter at reklameforbudet ble innført, er stillingen en noe annen. Her må det imidlertid tas hensyn til at reklamen har opphørt fordi myndighetene har bestemt det, ikke fordi tobakksindustrien har villet ta vare på forbrukernes helse.

Ved spørsmålet om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko må det som skadelidte visste eller burde ha visst om helserisikoen og nikotinavhengighet sammenlignes med det tobakksindustrien visste eller burde ha visst. Avstanden mellom disse nivåene var særlig stor i 1950- og 1960-årene da tobakksindustrien i USA drev omfattende forskning og produktutvikling uten at forbrukerne ble delaktig i resultatene, se kapittel 6 og 7.

## **16.2 Skadelidtes medvirkning**

---

### **16.2.1 Hovedprinsippene i erstatningsretten**

Etter skadeserstatningsloven § 5-1 nr 1 og 2 kan erstatningen settes ned eller falle bort når skadelidte ved egen skyld har medvirket til skaden «for så vidt det er rimelig når man tar hensyn til adferden, og dens betydning for at skaden skjedde, omfanget av skaden og forholdene ellers. ... Som medvirkning regnes det også når den direkte skadelidte eller erstatningssøkeren har latt være i rimelig utstrekning å fjerne eller minske risikoen for skade eller begrense skaden.»

Det er stort sett de samme momentene som her tillegges vekt ved vurderingen av skadelidtes forhold, som de momentene som er nevnt i kapittel 12 om culpavurdering av skadevolderens forhold og i kapittel 15 om årsakssammenheng mellom skadevolderens forhold og skadelidtes tap. Det sentrale er om skadelidte kunne og burde ha opptrådt på en annen måte og om skaden da ville ha vært unngått eller fått et mindre omfang.

Det skal altså foretas en bred rimelighetsvurdering av røykernes forhold. De momentene som nevnes i punkt 16.3 om aksept av risiko vil også bli tillagt vekt.

Peter Lødrup framhever at man generelt må vise varsomhet med å redusere erstatningen etter § 5-1. Man bør «legge vekt på at folk flest ikke skal ha plikt til å utvise maksimal aktsomhet til enhver tid ... . Jeg kan ikke se at

prevensjonshensynet har noen særlig betydning for personskadenes vedkommende.»<sup>743</sup>

Man skal være særlig mild overfor barn og ungdom og kanskje voksne som ikke har opptrådt grovt uaktsomt. Man kan neppe anse det som grovt uaktsomt at noen startet å røyke på et tidspunkt da mer enn halvparten av befolkningen gjorde det. Røyking har tidligere vært en sosial norm, og røyking er fortsatt det vanlige i mange miljøer. På grunn av nikotinavhengigheten er det så vanskelig å slutte å røyke at man neppe kan bebreide dem som ikke har greid å slutte. Det gjelder i alle fall dem som flere ganger forgjeves har forsøkt å slutte.

Når det gjelder barn, ble det i 1987 inntatt en lovbestemmelse om at det skal ses bort fra deres medvirkning når de er under 10 år, se skadeerstatningsloven § 5-1 nr 1 andre setning. Stortingets justiskomite forutsatte at det også skulle «vises varsomhet med å tillegge medvirkning fra barn eldre enn 10 år, betydning ved erstatningsutmålingen».<sup>744</sup>

Den som begynner å røyke før fylte 10 år, vil ha rett til full erstatning. Man må også være tilbakeholden med å redusere erstatningen for barn over 10 år og ungdom som begynner å røyke i ung alder. Lovens aldersgrense for adgangen til å kjøpe tobakksvarer – 15 år fram til 1975, 16 år fram til 1995, og deretter 18 år – kan gi veiledning om når reduksjon av erstatning ikke kan finne sted.

Kan erstatningen reduseres eller falle bort fordi vedkommende i voksen alder ikke har sluttet å røyke? Fordi tobakken skaper en meget sterk nikotinavhengighet, kan den som flere ganger forgjeves har prøvd å slutte, vanskelig klandres for at han eller hun ikke har greid dette, og bør ikke få redusert sin erstatning etter § 5-1.

Ved passiv røyking kan § 5-1 neppe få noen betydning. Det må i alle fall gjelde for tiden før «røykeloven» ble gjennomført fra 1 juli 1988. Den som ufrivillig har pustet inn andres røyk, har ikke ved egen skyld medvirket til at han eller hun har fått en røykerelatert sykdom. Det gjelder særlig barn og ungdom som har vært utsatt for passiv røyking.

### 16.2.2 Yrkesskadetrygden

Etter folketrygdloven kan rett til ytelser ikke falle bort eller reduseres på grunn av skadelidtes egen medvirkning. Det gjelder også ved yrkesskader og yrkessykdommer, hvor eldre bestemmelser om medvirkning er blitt opphevet. Trygdeytelsene er sosiale ytelser som man har behov for uten hensyn til egen tidligere adferd.<sup>745</sup>

### 16.2.3 Yrkesskadeforsikringen

Etter yrkesskadeforsikringsloven § 14 kreves det grov uaktsomhet fra skadelidte for at erstatningen skal kunne falle bort eller reduseres. Som nevnt i punkt 11.4.2 og 13.2.3 reduserte lagmannsretten bartenderens erstatning med 1/4 på grunn av hennes egen røyking. Om dette uttaler Nicolai V. Skjerdal:

743. Peter Lødrup, Lærebok i erstatningsrett, Oslo 1999 s 362–363.

744. Innst. O. nr 19 for 1987–88 s 8.

745. Asbjørn Kjønsdal, Yrkesskadetrygden, Oslo 1979 s 53–55.

«På denne bakgrunn kan man etter mitt skjønn heller reise spørsmål om det i Stavanger-saken er riktig å redusere erstatningen i det hele tatt på grunn av kvinnens egen røyking. Man kan kanskje synes at det er rimelig, men er det i samsvar med yrkesskadeforsikringsloven og dens forutsetninger? Riktignok gir lovens § 14 adgang til å foreta avkortning på grunn av den ansattes medvirkning til skaden, men terskelen er høy; det kreves forsettlig eller grovt uaksomt forhold fra den ansattes side. Til dette kommer at for å oppfylle formålet med å forebygge konflikter og hindre bevisvanskeligheter, må §14 ses i sammenheng med §11. Det gjelder spesielt §11 siste ledd, hvorved særskilt mottakelighet på arbeidstakerens side som den store hovedregel skal være uten betydning. Forarbeidene trekker frem nettopp den ansattes egen røyking som eksempel på forhold som det som utgangspunkt skal ses bort fra (NOU 1988: 6 s 80 sp 1–2 og Ot prp nr 44 (1988–89) s 89 sp 2). Hvis røyking i seg selv ikke er ment å være avkortningsgrunnlag, synes det tvilsomt å foreta reduksjon i erstatningen på grunnlag av et daglig røykekonsum på 10–15 sigaretter. Dette er tross alt ikke et unormalt eller usedvanlig stort forbruk for en dagligrøyker.»<sup>746</sup>

I USA reises søksmål etter helseskader ved passiv røyking mot tobakksindustrien. Det er heller ikke utelukket i Norge. Man kan således tenke seg at denne bartenderen kan reise sak mot tobakksindustrien for den delen av tapet som ikke dekkes av yrkesskadeforsikringen. Det som regnes som skadelidtes medvirkning i en type av saker, kan altså bli søksmålsgrunnlag i andre typer av saker.

#### 16.2.4 Passiv identifikasjon – spørsmålet om de etterlattes stilling

Dersom den som har vært aktiv eller passiv røyker dør, og de etterlatte krever erstatning, oppstår spørsmålet om hvilken betydning avdødes røyking skal få. Skal de etterlatte identifiseres med avdøde på en slik måte at hvis «avdøde» hadde overlevd og fått redusert eller ingen erstatning, skal gjenlevendes erstatning reduseres tilsvarende?

Det kan hevdes at det er urimelig at tobakksindustrien skal kunne pålegges et mer vidtgående ansvar når en røyker dør enn når han eller hun «bare» blir syk og ufør. På den annen side kan de etterlatte ikke bebreides for at avdøde røykte.

Etter den tidligere strl. ikrl. av 22 mai 1902 nr 11 § 25 var de etterlattes rettsstilling den samme som avdødes rettsstilling før dødsfallet. Det innebar at hvis avdødes røyking førte til at hans eller hennes erstatningskrav ville blitt redusert eller falt bort, skulle de etterlattes erstatningskrav tilsvarende reduseres eller falle bort.

I forbindelse med flyttingen av medvirkningsbestemmelsen fra strl. ikrl. § 25 til skadeserstatningsloven § 5–1 uttalte Stortingets justiskomité blant annet:

«Komitéen er enig i at de etterlattes krav på erstatning for tap av forsørger ikke automatisk bør nedsettes eller bortfalle fordi skadelidte selv har medvirket til den ulykke som voldt hans død. ...Etter komitéens mening kan det synes urimelig at skadelidtes eventuelle ufor-

746.Nicolai V. Skjerdal, Kan en røyker kreve erstatning på grunn av røykfulle arbeidslokaler? Lov og Rett 1999 s 193–194.

siktige adferd skal gå ut over hans enke og etterlatte barn. De etterlattes behov for erstatning er selvsagt helt uavhengig av de nærmere omstendigheter i forbindelse med dødsulykken. ... Etter komitéens mening bør de etterlattes krav på erstatning for tap av forsørger derfor alminneligvis stå på egne ben.»<sup>747</sup>

Skadeserstatningsloven § 5–1 nr 3 fikk ved lov av 21. juni 1985 nr 81 følgende ordlyd: «Reglene i nr 1 og 2 gjelder tilsvarende ved medvirkning av andre personer eller forhold som den direkte skadelidte eller erstatningssøkeren i denne sammenheng hefter for.»

På bakgrunn av § 5–1 nr 1 og 2 som viser til en bred rimelighetsvurdering, og uttalelser fra lovens forarbeider som er gjengitt ovenfor, kan retten behandle de etterlatte mildere enn den ville ha behandlet avdøde hvis han eller hun hadde overlevd og krevd erstatning. Et slikt syn er lagt til grunn i rettspraksis, se Rt 1990 s 829, på s 835 og Rt 1997 s 149. Det samme gjelder juridisk teori, se for eksempel Viggo Hagstrøm som uttaler: «I det hele tror jeg at identifikasjon i første rekke vil være aktuelt der forsørgeren har utvist grov skyld. ... identifikasjonstanken synes å være på vei ut av personskadesektoren.»<sup>748</sup>

Når det gjelder yrkesskadeforsikringen, er det inntatt en bestemmelse i § 12 andre setning som innebærer at de etterlattes rett til erstatning ikke kan reduseres eller falle bort. Det gjelder selv om avdøde hadde medvirket ved forsett eller grov uaktsomhet, slik at han eller hun ikke kunne krevd erstatning eller ville fått redusert erstatning hvis vedkommende hadde overlevd. Yrkesskadeforsikringsloven § 12 synes å være i samsvar med det som er nyere rettsoppfatning generelt i erstatningsretten.

### **16.2.5 Nærmere om skadelidtes muligheter til å innse farene ved tobakksrøykingen**

#### **16.2.5.1 Mangelfull kunnskap om tobakk og helseskader**

Det synes å være en utbredt oppfatning at man lenge har visst det som er å vite om tobakksprodukters helseskadelige virkninger. Dette medfører ikke riktighet. Blant allmennheten, myndigheter og til dels endog innen legeviten-skapen, har det opp gjennom årene vært mangelfulle kunnskaper om flere forhold ved tobakksproduktene som er av helt avgjørende betydning for vurderingen av helserisikoens art og grad, jf også kapittel 2 til 6 ovenfor. Og selv den dag i dag ser det ut til at det blant forbrukerne gjør seg gjeldende misforståelser og villfarelser om tobakksproduktene som er egnet til å føre til en undervurdering av helsefaren, se for eksempel undersøkelsene fra USA, Canada og Storbritannia som refereres i punkt 16.3.6.4 nedenfor.

#### **16.2.5.2 Manglende kunnskap om at selv beskjedne røykemengde også innebærer en alvorlig helsefare**

Opp gjennom årene later det til å ha vært en nokså utbredt oppfatning at bruk av tobakk i beskjedne mengder, for eksempel røyking av 1–5 sigaretter daglig,

747. Innst. O. nr 92 for 1984–85 s 6.

748. Viggo Hagstrøm, Læren om yrkesrisiko og passiv identifikasjon i lys av nyere lovgivning, Norsk forsikringsjuridisk forenings publikasjoner nr 67, Oslo (udatert) s 8 og 9.

ikke kan være så farlig. Fra tid til annen er dette også gjort til et særskilt poeng av hovedaktører innen den norske tobakksindustrien.<sup>749</sup>

Det er grunn til å understreke at legevitenskapen ikke har kunnet påvise noen helsemessig trygg nedre grense for tobakksbruk. Tvert imot viser forskningen at også et mer beskjedent tobakksforbruk, selv røyking av én sigarett daglig, er forbundet med en til dels betydelig helsefare i forhold til en som ikke røyker eller bruker andre tobakksprodukter i det hele tatt. Se nærmere i blant annet kapittel 3 ovenfor.

Villfarelsen om at tobakkskonsum i små mengder er ufarlig, er spesielt alvorlig når den sammenholdes med ung alder ved røykestart og den nikotinavhengigheten som utvikles ved forbruk. Nikotinavhengigheten medfører gjerne at røykevanen opprettholdes, men dessuten vil avhengigheten typisk skape et behov for hyppigere nikotininntak og dermed også en økning av tobakksforbruket. Det er ofte et tobakksforbruk som i sin tid begynte i det beskjedne ut fra en antagelse om at det ikke kunne være så farlig.

#### **16.2.5.3 Manglende kunnskap om nikotinets avhengighetsskapende virkning**

Det har overhodet ikke vært allment kjent tidligere at nikotin er avhengighetsskapende, og det er i stor grad ukjent blant forbrukerne og potensielle forbrukere den dag i dag. Legevitenskapen ble først i slutten av 1970- og utover 1980-årene klar over at nikotin var avhengighetsskapende, og spørsmålet om hvilke nærmere mekanismer som her gjør seg gjeldende, er ennå gjenstand for forskning. Tobakksindustrien i USA har på sin side vært kjent med nikotinens avhengighetsskapende virkning siden begynnelsen av 1960-årene.<sup>750</sup>

Det er viktig å understreke at det i karakteristikken «avhengighetsskapende» ligger noe annet og mer enn bare «vanedannende». Det er så mangt som kan være psykisk og/eller sosialt vanedannende. Avhengighetsbegrepet derimot, svarer til det engelske uttrykket «addiction», hvilket blant annet innebærer at stoffet også er fysisk avhengighetsskapende.<sup>751</sup>

Mange etablerte røykere vil kanskje mene at de føler denne avhengigheten, gjerne omtalt som «røykesug», og at det således kan framstå som velkjent at tobakksbruk har denne virkningen. Når man skal vurdere rekkevidden av denne type såkalt allmennkunnskap, er det imidlertid essensielt at man nyanserer. Språkbruken på dette området er ofte upresis og begrepene «vanedannende» og «avhengighetsskapende» brukes om hverandre, av og til endog innen fagmiljøene.<sup>752</sup> Dette er egnet til å tilsløre og vanskeliggjøre spørsmålet om hva røykerne er seg bevisst og i hvilken grad man kan tale om «aksept av risiko». Det er derfor viktig å se på realiteten i det man taler om.

749.Se for eksempel gjennomgangen av høringsuttalelser fra tobakksindustrien, inntatt som vedlegg 8 til utredningen. Avisen VG refererer 22 april 2000 (side 37) følgende uttalelse som Johan H. Andresen jr. visstnok ga til Dagbladet i 1994. «Jeg røker fra to til ti sigaretter om dagen, og leger jeg kjenner sier at det er helt ufarlig.»

750.Se punkt 6.7.1 ovenfor.

751.Se nærmere 4.4.1 ovenfor.

752.Jf også Ronald M. Davis, The language of nicotine addiction: purging the word «habit» from our lexicon, Tobacco Control 1992; 1 s 163–164.

Det må trygt kunne sies at det var ukjent for røykere før 1980-årene, og ganske sikkert ukjent for et stort antall røykere senere og den dag i dag, at de farmakologiske og atferdsmessige prosesser som bestemmer nikotinavhengigheten er de samme som ved heroin og kokain, og at røyking er prototypen på stoffmisbruksavhengighet.

#### **16.2.5.4 Manglende kunnskap om graden av avhengighet som nikotin medfører**

Legevitenskapen har gjennom studier i løpet av de senere årene kommet til at avhengighetsmekanismene ved nikotin ikke bare er av samme karakter som ved narkotiske stoffer, men at nikotin også er like sterkt avhengighetsskapende som tunge narkotiske stoffer. Sammenligninger mellom nikotin og tunge narkotiske stoffer ble blant annet framhevet i Den amerikanske helsedirektørs rapport fra 1988, en rapport som i sin helhet var viet nikotinavhengighet. Nylig ble det slått fast av The Royal College of Physicians i Storbritannia, at nikotin er like avhengighetsskapende som for eksempel heroin, og at nikotin er blant de mest avhengighetsskapende stoffene som man kjenner til:

«Cigarettes are highly efficient nicotine delivery devices and are as addictive as drugs such as heroin and cocaine». <sup>753</sup>

Dette er oppsiktsvekkende for noen og enhver, og kan ikke akkurat sies å representere den alminnelige kunnskap om tobakksprodukters helsevirkninger.

#### **16.2.5.5 Manglende kunnskap om at tobakksindustrien i stor grad kontrollerer nikotindosen og nikotinvirkningen i tobakksprodukter**

I kapittel 2 og 6 ovenfor har vi inngående redegjort for den amerikanske tobakksindustriens forandring, effektivisering og optimalisering av nikotinleveransen i sine sigaretter (se særlig punkt 6.8 og 6.9). Dette har ikke vært kjent for noen utenfor industrien før man fikk det avdekket gjennom tobakkselskapenes egne arkiver i løpet av de siste fem årene.

Vi har i den tiden som har vært til rådighet for vårt arbeid, ikke kunnet avklare om og i hvilken utstrekning denne type nikotinteknologi også er utviklet og brukt innen den norske tobakksindustrien. Den amerikanske tobakksindustrien er imidlertid også av direkte interesse for en vurdering av norske forhold. En rekke amerikanske sigarettmerker er nemlig i salg på det norske marked via norske tobakkselskaper. Eksempler er Barclay, Camel, Kent, Kool, Lucky Strike, Marlboro, Merit, Pall Mall, Salem og Winston.

#### **16.2.5.6 Villfarelse om at tobakksprodukter er naturprodukter**

Tobakksindustrien, også i Norge, har gjennom alle år sterkt framhevet at tobakksprodukter er natur- eller landbruksprodukter. Et gjennomgangstema i den tidligere tobakksreklamen i Norge, var bruken av produktkarakteristikker som «ren» og «naturlig». Etter at reklameforbudet ble innført, har tals-

753. The Royal College of Physicians, The Tobacco Advisory Group: Nicotine Addiction in Britain, 2000.

menn for den norske tobakksindustrien i ulike sammenhenger, for eksempel i helsedebatter og som forsvar mot erstatningsansvar, understreket at deres varer er natur- eller landbruksprodukter.

Så kan man selvfølgelig stille spørsmålet: Hva så? Er det noe galt i å omtale tobakksprodukter som naturprodukter? Det er jo tross alt riktig at tobakksprodukter framstilles av dyrkede tobakksplanter. Men det er ikke slik at alle naturprodukter nødvendigvis er ufarlige. Når det gjelder tobakk, kan det tvert imot se ut til at den moderne filtersigarett er helsemessig noe mer skånsom enn en helt ukontrollert mengde tørkede tobakksblader som er rullet sammen i papir.

Problemet med en reservasjonsløs karakteristik som «naturprodukt» er imidlertid de assosiasjoner det rent faktisk gir forbrukerne. Begrepet «naturprodukt» er i helsemessig sammenheng ubetinget positivt ladet, og gir inntrykk av noe rent, ubehandlet og mindre farlig enn det som faktisk er tilfellet ved tobakksproduktene. Det er denne type assosiasjoner tobakksindustrien utnytter.

Det er dessuten uriktig at tobakksprodukter er rene naturprodukter. Dette er i beste fall bare den halve sannheten. Moderne tobakksprodukter, framfor alt sigaretter, er høyst avansert framstilte produkter, hvor blant annet en rekke tilsetningsstoffer tas i bruk og hvor nikotintilførselen til røykeren er nøye kontrollert. Se nærmere i kapittel 2 og 6 ovenfor.

Problemet med en unyansert og uforbeholden bruk av karakteristikken «naturprodukt» om tobakksprodukter, er at det er egnet til å bagatellisere og uskyldiggjøre produktet og helsefaren ved det.

#### **16.2.5.7 Villfarelse om at «light»-sigaretter er helsemessig bedre enn andre sigaretter**

En stor del av tobakksmarkedet har lenge røykt en eller annen form for «light»-sigaretter. Det synes å være en utbredt oppfatning i markedet om at «light»-sigaretter er helsemessig bedre enn vanlige sigaretter. Dette har imidlertid vært gjenstand for nokså inngående studier av legevitenenskapen i 1980- og 1990-årene, og det har ikke vært mulig å påvise noen nevneverdig helsemessige fordeler ved «light»-produktene.

Røykerne av «light»-produktene får ofte i seg omtrent like mye nikotin og tjærestoffer som ved røyking av vanlige sigaretter. Dette skyldes blant annet at det innen tobakksindustrien er utviklet så mange og avanserte mekanismer for å påvirke nikotin- og tjæretilførselen til røykeren, at det er vanskelig å tale om bestemte doser.<sup>754</sup> Videre kan røykeren selv, bevisst eller ubevisst, påvirke tilførselen av nikotin og tjærestoffer fra sigarett røykingen. Spesielt ved røyking av «light»-produkter viser det seg at røykere har en tendens til å innrette sin røyking slik at de mottar en «tilfredsstillende» mengde nikotin.<sup>755</sup> Og med nikotintilførselen i sigarett røyken følger også farlige tjærestoffer.

Når det gjelder sigarettene som presenteres som «ekstra milde» eller «ultra light»/«ultra low», er det mulig at disse tilfører røykeren noe mindre tjærestoffer enn vanlige sigaretter.<sup>756</sup> Det er likevel på det rene at siga-

754. Se kapittel 2 og punkt 6.8 og 6.9 ovenfor.

755. Se punkt 4.4.2 og 6.10 ovenfor.



rettrøyken også fra disse sigarettene inneholder betydelige mengder med tjærestoffer og nikotin, til tross for at disse sigarettene er fremmet som tjærefrie eller oppfattes av en del forbrukere som bortimot ufarlige.<sup>757</sup>

Innen EU er det på gang et forbud mot å bruke «light»-karakteristikken, idet denne er funnet å være meget misvisende og villedende overfor forbrukerne.

### 16.3 Aksept av risiko

---

#### 16.3.1 Har skadelidte frivillig innlatt seg med faren?

I de fleste skadetilfeller kan det sies at skadelidte i større eller mindre grad har innlatt seg med den farlige situasjonen. Hvor han eller hun har spesielle forutsetninger for å innse faren, vil vedkommende kunne miste sin rett til erstatning. Man kan da si at skadelidte har akseptert den risikoen som skadevolderen har skapt. Men ikke enhver involvering med en risiko vil føre til tap av retten til erstatning.

Tidligere har tobakksindustrien bagatellisert, benektet og sådd tvil om forskningsresultater om tobakkens skadevirkninger. Dertil har industrien i USA hemmeligholdt opplysninger om nikotinens sterke avhengighet. Da er det moralsk og juridisk problematisk at industrien bebreider tobakkens ofre for at de har begynt, fortsatt og dertil ikke greid å slutte å røyke. Professor Richard Daynard har uttalt at tobakksindustrien egentlig argumenterer slik: «Anyone stupid enough to believe us when we tell them that smoking our products will not cause disease, deserves to get the diseases that our products cause.»<sup>758</sup>

#### 16.3.2 Skadelidtes faginnsikt

Et moment som i rettspraksis har vært tillagt vekt, er skadelidtes faginnsikt. Særlig illustrerende er «rulledommen» og «brannslukningsapparatdommen». Den første dommen (Rt 1950 s 1091) er omtalt i punkt 12.4.1 og dreide seg om en to årig gutt som fikk fingrene inn i drevet på en elektrisk rulle. I Høyesteretts premisser heter det blant annet:

«Det gjelder her en elektrisk rulle som i Norge ble produsert for salg, ikke bare til vaskerier som ble drevet som næring med fagutdannede arbeidere eller iallfall under en fagmessig ledelse, men også til bruk for private husholdninger i større og mindre boligbygg.

Det måtte da være klart for firmaet at anvendelsen av rullen under de sistnevnte forhold stillet spesielle krav til rullens konstruksjon for at rullen under bruk ikke skulle medføre unødig fare. Særlig når rullen skulle anvendes i store boligbygg hvor den skulle være til disposisjon for beboerne, burde firmaet ha for øye at det ble folk uten fagmessig innsikt som kom til å bruke rullen. Det måtte videre påregnes at brukerne hovedsaklig ble husmødre, som under arbeid i rulleboden naturlig ville få besøk av barna, eller som var nødt til å ha småbarn med i rulleboden, fordi de ikke hadde noen å overlate dem til mens arbeidet der pågikk.»

---

756.Benowitz m fl 1986.

757.Benowitz m fl 1986.

758.Richard Daynard, Litigation by States against the Tobacco Industri, The 10thworld Conference on Tobacco or Health, Beijing, China, August 26, 1997.

Det legges her stor vekt på at rullen skulle benyttes av alminnelige husmødre som nødvendigvis måtte ha med sine barn under arbeidet. Dette var noe produsenten av rullen burde ha tatt hensyn til ved avgjørelsen av om drevet skulle innkapsles. Dersom rullen utelukkende hadde vært beregnet til bruk i profesjonelle vaskerier, ville det dengang neppe vært uforsvarlig at drevet ikke hadde vært innkapslet. Det legges altså stor vekt på skadelidtes faginsikt.

I «brannslukningsapparatdommen» (Rt 1957 s 985) ble det trolig lagt avgjørende vekt på skadelidtes faginsikt. Et meieri fikk et brannslukningsapparat omladet hos en forhandler av slike apparater. Under omladningen ble lokket presset opp av trykket inne i beholderen, og det skadet forhandlerens øye. Meieriets folk visste eller burde ha visst at apparatets tilstand var slik at skade lett kunne skje på den som foretok omladningen. Meieriet ble likevel frifunnet og førstvoterende i Høyesterett uttalte:

«I det foreliggende tilfelle ble ikke omladningen foretatt av en kunde med mer eller mindre mangelfull innsikt på området, men av en bransjemann som var fullt fortrolig med apparatets virkemåte og vant til å behandle dem. [Forhandleren] var selv klar over den risiko som kunne foreligge og kjente til at det måtte tas forsiktighetsregler. ...

Etter det som således foreligger, kan jeg ikke finne at det er grunn til å rette noen bebreidelse mot [meieriets mann] for at han ikke varslet [forhandleren]. Det [meieriets mann] hadde lagt merke til og de slutninger han måtte ha trukket av dette, var ikke mer enn [forhandleren] selv måtte se eller iallfall ta forholdsregler mot. [Meieriets mann] måtte ha rett til å gå ut fra at når det var en bransjemann som tok seg av apparatet, ville det komme under kyndig behandling og arbeidet bli gjort på en ordentlig og forsvarlig måte.»

Sigaretter og andre tobakksvarer selges til alminnelig forbrukere som vanligvis ikke har noen spesiell medisinsk eller annen faglig innsikt. På den annen side er tobakksprodusentene spesialkyndige når det gjelder tobakksvarer, og bør i alle fall kjenne til helserisikoene og avhengighetspotensialet til de varene som de produserer og markedsfører. Dette stiller strenge krav til tobakksprodusentenes aktsomhet, og at det skal mye til før man kan si at forbrukerne har akseptert disse risikoene.

### 16.3.3 Skadelidtes alder

I «rulledommen» ble det lagt stor vekt på at rullen skulle brukes av husmødre som ofte ville ha med sine barn i rulleboden.

Som et annet eksempel hvor alderen ble tillagt vekt, kan nevnes «smiedommen» i Rt 1947 s 723. Noen barn lekte i en smie, og den ene fikk en splint i øyet fordi en annen slo med hammeren på ambolten. Førstevoterende i Høyesterett uttalte blant annet at

«en smie og arbeidet der øver en naturlig tiltrekning på barn og særlig da på gutter som i denne sak. Har en lagt en anleggssmie i et mer bymessig bebygget strøk ved siden av en plass hvor gutter pleier å leke, må en regne med at den vil få besøk av dem. At en også må regne med muligheten av at skade kan skje, finner jeg klart.»

Det poengteres i denne saken at det var et barn som ble skadet. Resultatet ville ganske sikkert ha blitt et annet om voksne mennesker hadde søkt inn i smia og begynt å slå med hammeren på ambolten. Skadelidtes alder kan altså være

et relevant moment når man skal avgjøre om skadevolderen har opptrådt culpøst.

Debutalderen for røykestart er stadig blitt forskjøvet til tidligere faser i livet. I perioden 1950–75 var den gjennomsnittlige alder for røykestart 17–18 år for menn, 23 år for kvinner i begynnelsen av perioden og 17 år i slutten av perioden. Fra 1957 til 1975 økte andelen dagligrøykere blant 15-åringene fra 12 % til 23 % for gutter, og fra 3 % til 28 % for jenter. Se punkt 5.4.2 og 5.4.3 ovenfor.

Av Helsedirektørens redegjørelse om «Sigarettroyking og helse» fra 1964 framgikk det at hele 55 prosent av guttene i 7. klasse på folkeskolen i 1957 røykte, derav 4 prosent daglig (s 301). Helsedirektøren understrekte at det var viktig å bekjempe røyking blant barn og ungdom. Hva gjorde tobakksindustrien?

Det er viktig å se på hvordan tobakksindustrien til enhver tid har forholdt seg overfor barn og ungdom. Har den drevet reklame som har vært av betydning, eller som har vært spesielt rettet mot disse gruppene? Har tobakksindustrien gjort noe aktivt for å hindre at barn og ungdom skulle begynne å røyke, eventuelt greie å slutte å røyke?

De norske tobakksfabrikkene hadde en frivillig overenskomst om regulering av tobakksreklame som gjaldt fra september 1964 til tobakksloven trådte i kraft i 1975.<sup>759</sup> Reklame for sigaretter og andre tobakksvarer skulle ikke være spesielt rettet mot mindreårige og skulle ikke avbilde personer under 30 år.

Vi har ikke sikre opplysninger om hvor effektiv denne overenskomsten var, men mye tyder på at den var av liten eller ingen betydning. Tobakksreklamen i ukeblader økte sterkt etter 1964, den ble mer og mer rettet mot kvinnene som en potensiell forbrukergruppe, og budskapene ble mer «raffinerte», se vedlegg 6 til utredningen. Det at det ble innført et lovbestemt reklameforbud, tyder på at myndighetene ikke så på overenskomsten som tilstrekkelig.

I søksmål mot tobakksindustrien vil det være viktig om saksøkerne har begynt å røyke som barn eller i ung alder. Det er viktig om vedkommende har hatt forutsetningene til fullt ut å innse de helserisikoer og den nikotinavhengigheten som knytter seg til tobakksrøyking.

For å bruke en formulering fra smiedommen og anvende den på røykestart i 1950-, 1960- og 1970-årene: Røyking «øver en naturlig tiltrekning på barn og særlig da gutter». For den siste tredjedelen av 1900-tallet kan vi også tilføye «jenter», og at dette dels skyldes tobakksreklamen.

#### 16.3.4 Synet på aksept av risiko i gjeldende norsk rett

I forbindelse med flyttingen av bestemmelsen om skadelidtes medvirkning fra strl. ikrl. § 25 til skadeserstatningsloven § 5–1 ble også spørsmålet om aksept av risiko tatt opp.

I lovutredningen var det foreslått at skadelidtes erstatningskrav kunne nedsettes eller falle bort hvis han måtte «anses for å ha avfunnet seg med risikoen for skade».<sup>760</sup> Departementet foreslo at dersom skadelidte «selv

759. Gjengitt i Innstilling til lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer m.v., Oslo 1971 s 54–55.

760. NOU 1977: 33 s 50 og s 54.

hadde brakt seg i en situasjon som han visste eller burde forstå innebar en særlig risiko for skade», skulle dette likestilles med uaktsom medvirkning.<sup>761</sup>

Justiskomiteén sløyfet denne setningen i lovforslaget. Setningen kunne gi inntrykk av en lovfesting av eldre rettspraksis som ble betegnet som «aksept av yrkesrisiko». Komiteén mente at denne rettspraksis neppe var i overensstemmelse med nåtidens rettsoppfatning.<sup>762</sup>

Viggo Hagstrøm mener at man etter dette bør «begrense aksept av risiko-tilfellene til de forhold som saklig sett ligger nærmest forsettlig medvirkning, og ellers vesentlig la aksept av risiko-reglene komme til anvendelse på sport- og fritidsskadenes område. For begge disse skadeområdene er skadelidtes krav på erstatning ikke så sterkt rettspolitisk fundert, fordi det er en samfunnsinteresse at fritidslivet ikke blir omgjerdet av for mange erstatningstrusler.»<sup>763</sup>

### 16.3.5 Utredning om aksept av risiko fra USA

#### 16.3.5.1 Innledning

Vi har innhentet en sakkyndig utredning om aksept av risiko i amerikansk rett. Det vises til vedlegg 1 fra professor Richard Daynard og JD Mark Gottlieb fra Northeastern University School of Law.

Her skal vi gi et sammendrag av utredningen om aksept av risiko i tilknytning til amerikanske tobakkssaker.<sup>764</sup> Utredningen belyser hvordan synspunktet «røykeren har akseptert risikoen» er blitt vurdert i amerikansk rettspraksis.

Innledningsvis framhever Daynard og Gottlieb at synspunktet «aksept av risiko» stort sett ikke har overbevist amerikanske dommere. Tvert imot kan argumentasjonen føre til at tobakksindustriens strategi blir inkonsekvent: Man benekter at tobakken forårsaker helseskader, samtidig som man hevder at røykerne er klar over helserisikoen.

Det er en forskjell mellom den generelle helserisikoen slik den er forstått av saksøkere, og mer spesielle risikoer som bare tobakksindustrien selv kjenner til. Den viktigste ingrediensen i en sigarett er det avhengighetsskapende stoffet nikotin. Den kjemiske sammensetningen er kontrollert av tobakksindustrien.

På denne måten reduseres røykerens evne til selv å velge om han vil røyke. De fleste begynner som tenåringer, lenge før man er i stand til å forstå risikoen og lenge før man anses å ha rettslig handleevne. I tillegg kommer at tobakksindustrien sår tvil, minimaliserer og bagatelliserer helsefarene, noe som gjør det ekstra vanskelig for personer som allerede er blitt fysisk avhengige av nikotin, å velge å slutte.

761.Ot. prp. nr 75 for 1983–84 s 37.

762.Innst. O. nr 92 for 1984–85 s 6.

763.Viggo Hagstrøm, Læren om yrkesrisiko og passiv identifikasjon i lys av nyere lovgivning, Norsk forsikringsjuridisk forenings publikasjoner nr 67, Oslo (udatert), på s 4.

764.Utredningen er skrevet av Richard A. Daynard, JD, Ph. D. Professor of law, Northeastern University School of Law, Boston, Mass, USA og Mark Gottlieb, JD, Staff Counsel, Tobacco Products Liability Project, Boston, Mass. USA. Utredningens tittel er «Casting Blame on the Tobacco Victim: Impact on Assumption of the Risk and related Defenses in US Tobacco Litigation».

Disse faktorene gjør at saksøkerne i hvert fall ikke alene kan anses å være årsaken til helseskadene. Også tobakksindustrien må ha et ansvar for de skader produktene har ført til.

#### **16.3.5.2 Oversikt over risikoargumentets betydning i amerikansk rettspraksis**

Tobakksindustriens strategi hadde stor suksess i 1980-årene. Industrien vant en rekke saker og saksøkerne fikk store utgifter. I 1990-årene kom det gradvis et skifte i synet på argumentasjonen. Amerikanske domstoler er nå skeptiske til å godta at røykerne har akseptert risikoen. Likevel er dette fremdeles industriens viktigste forsvarsstrategi.

I saken *Gilboy v American Tobacco Co* (1991) kom Høyesterett i staten Louisiana til at spørsmålet om hvilken kunnskap røykerne hadde om helserisikoen var et faktisk, og ikke rettslig tema. Retten bygde særlig på en betenkning fra the Harvard Law Review hvor det ble framhevet at spørsmålet involverte for kompliserte faktiske spørsmål.

Innholdet i læren om «aksept av risiko» består hovedsakelig av tre elementer: Saksøker har en subjektiv forståelse av risikoen, han utfordrer frivillig risikoen, og han aksepterer den. I tobakkssakene kommer det, som nevnt ovenfor, spesielle momenter inn; nemlig at industrien selv har den mest spesifikke kunnskapen om hvilken risiko som tas, og at det er industrien som kontrollerer i hvilken utstrekning sigaretten inneholder avhengighetsdannende stoffer. I amerikansk rettspraksis, f.eks. i saken *Henley v Philip Morris* (1999), legger Høyesterett i California til grunn at det skal mye til for at risikoargumentet fører fram.<sup>765</sup> Tobakksindustrien må bevise at saksøkeren hadde positiv kunnskap om og aksepterte den konkrete risikoen som var aktuell. At røykeren, som folk flest, har en generell kunnskap om helsefaren, er etter nyere amerikansk rettspraksis ikke tilstrekkelig.

#### **16.3.5.3 Hvorfor ble synspunktet «aksept av risiko» mindre effektivt?**

For det første fikk saksøkersiden i begynnelsen av 1994 dokumentasjon på at tobakksindustrien var fullt klar over helserisikoen. I tillegg fikk man bevis for at tobakksindustrien gjennom sammensetningen av sigarettene kontrollerte at røykerne ble avhengige.<sup>766</sup> Dermed ble det ikke like relevant å hevde at røykerne hadde akseptert risikoen. Et spørsmål er det å akseptere en helsefare – noe helt annet, eller i hvert fall noe mer, er det å akseptere at man blir avhengig av et helsefarlig stoff.

Tobakksindustrien har støttet seg til honnørord som «frihet til å velge selv», men nikotinens avhengighetsskapende effekt kompliserer bildet; evnen til å velge selv reduseres (saken *Nicolo v Philip Morris* 1999).

Det ble videre fokusert på at industrien stadig hadde forsøkt å bagatellisere at røyking er avhengighetsskapende, samtidig som den selv var klar over dette.<sup>767</sup>

<sup>765</sup>.Henley-saken er nærmere omtalt i punkt 9.3.11 ovenfor.

<sup>766</sup>.Dette har vi behandlet i kapittel 6 ovenfor.

<sup>767</sup>.Dette har vi behandlet i kapittel 7 ovenfor.

Spesielle hensyn gjør seg gjeldende når røykeren er mindreårig. I saken Gilboy ble det særlig lagt vekt på at en 12–13 årig gutt ikke hadde samme dømmekraft som voksne. I en rekke saker er det også blitt lagt vekt på at tobakksindustriens markedsføring i stor og intensiv grad har rettet seg mot mindreårige.

#### **16.3.5.4 Delt ansvar**

Selv om saksøker kan sies å ha akseptert risikoen, hindrer ikke dette at også tobakksindustrien kan være ansvarlig for skaden.

Det har vært en viss forskjell mellom de amerikanske delstatene i tilnærmingen til problemet. I noen stater undersøkes synspunktet «aksept av risiko» isolert. I andre stater bygger man mer på en helhetsvurdering i forhold til hvor mye skadevolder og hvor mye skadelidte er å bebreide. Tendensen går imidlertid i retning av den sistnevnte innfallsvinkelen. Om røykeren har akseptert risikoen, blir da i høyden et spørsmål om i hvilken utstrekning industriens ansvar skal reduseres.

#### **16.3.5.5 Argumentasjon om felles kunnskap**

Tobakksindustrien har hevdet at det har eksistert en felles kunnskap om risikoen ved tobakk. Tankegangen er at man da ikke kan klandre industrien for å produsere sine produkter.

The American Law Institute (ALI) ga i 1964 en uttalelse, som fikk stor betydning for forståelsen av produktansvarets rekkevidde. Den gikk ut på at tobakk ikke kunne anses som et farlig produkt i lovens forstand, selv om tobakken forårsaket helseskader.

I en ny uttalelse fra 1998 går man bort fra dette standpunktet. Det legges vekt på tendensen i retning av å vurdere erstatningsspørsmål på bakgrunn av skadevolders og skadelidtes forhold sett i sammenheng. Selv om røykeren er 99 prosent å klandre, kan han fremdeles få 1 prosent i erstatning for utgiftene i forbindelse med skadene. Den nye uttalelsen er dermed i tråd med synet om at spørsmålet om aksept av risiko ikke lenger er et alt eller ingenting, men en balansering av ansvarsforholdene. At uttalelsen fra 1964 nå er strøket, er en sterk indikasjon på at det amerikanske rettssamfunn har skiftet syn på tobakksindustriens ansvar.

Uttalelsen fra ALI i 1964 var lenge en viktig «sperre» for å gå til søksmål mot tobakksindustrien på grunnlag av loven. Eksempler fra flere stater viser imidlertid at det til tross for uttalelsen ikke kunne argumenteres effektivt med at det har vært en slik felles kunnskap som kunne begrense industriens ansvar.

#### **16.3.5.6 Oppsummering**

Synspunktet «aksept av risiko» er ikke lenger noen hindring mot at røykere kan kreve erstatning fra amerikansk tobakksindustri.

Saker fra de senere årene viser at amerikanske domstoler reagerer strengt på industriens anstrengelser for bevisst å forlede kunder til å kjøpe et

helseskadelig stoff som er avhengighetsdannende. Røykerne tillegges mindre subjektiv skyld enn før av tre hovedårsaker:

1. Produktet er meget avhengighetsskapende, hvilket resulterer i at evnen til å velge selv reduseres.
2. Røykere flest begynner å røyke i en alder da de ikke er i stand til å treffe et informert valg og ta et voksent ansvar for dette.
3. Industrien har et mye høyere kunnskapsnivå om hvilken konkret helsefare tobakk skaper ettersom den kontrollerer produktet.

Som resultat har saksøkersiden etter flere tiår med nederlag de tre siste årene vunnet over halvparten av sakene.

### **16.3.6 Aksept av risiko og informert samtykke**

#### **16.3.6.1 Innledning**

I uttrykket «aksept av risiko» ligger det et krav om at en potensiell skadelidt har samtykket i å bli utsatt for visse farer for skade. Et slikt samtykke kan være uttrykkelig eller stilltiende.

For at et samtykke skal være gyldig, må det ikke foreligge umyndighet, tvang, svik, uredelighet o.l. Det er også et krav om at samtykket må være avgitt etter at vedkommende er blitt informert om risikoene og deres konsekvenser eller klart har kunnet innse disse. Det innebærer at en potensiell skadelidt skal vite hvilke risikoer han eller hun utsetter seg for og hvilke konsekvenser det vil ha hvis risikoene realiserer seg.

Kravene til informert samtykke er forskjellig ved medisinske forsøk og ved medisinsk behandling. Ved forsøk er kravene meget strenge.<sup>768</sup> I den nye pasientrettighetsloven av 2 juli 1999 nr 63 kapittel 4 er det inntatt regler om informert samtykke til medisinsk behandling; disse reglene kan betegnes som ganske strenge.<sup>769</sup>

Det kan neppe stilles svakere krav til informert samtykke i forbindelse med skadeforvoldelse som skyldes røyking enn ved skadeforvoldelse som skyldes medisinske forsøk. Og det må stilles strengere krav til informert samtykke til skadeforvoldelse som skyldes røyking, enn til skadeforvoldelse som kan tilbakeføres til ordinær medisinsk behandling. En medisinsk behandling har et klart positivt helsefremmende formål – helbrede sykdom og lindre smerter – mens røykingen er sykdomsframkallende, dødbringende og avhengighetsskapende.

Spørsmålet om informert samtykke til å pådra seg tobakksrelaterte sykdommer og dødsfall er behandlet av den kanadiske juristen David T. Sweanor.<sup>770</sup> Vi viser til vedlegg 2. Her skal det gis et sammendrag av dette:

768.Asbjørn Kjønsstad, Krav om samtykke fra forsøkspersoner/pasient ved medisinsk forskning, Lov og Rett 1983 s 403–431.

769.Aslak Syse, Lov om pasientsrettigheter, i Karnov kommenterte lovsamling, Oslo 1999 s 3129–3131.

770.David T. Sweanor, Informed Consent: What Smokers Know and what they need to Know, Ottawa, December 1998.

**16.3.6.2 Generelt om kravet til informert samtykke**

De fleste tror at alle vet at det er «dumt» å røyke. Denne påstanden kan tilsynelatende understøttes av meningsmålinger som viser at det er en stor andel av røykere og andre som mener at røyking er skadelig, forårsaker sykdommer og lignende.

Men «informert samtykke» betyr mer enn en generell og ubestemt antakelse om at det foreligger en viss helserisiko. Man må her gå nærmere inn på dette uttrykket. Kanadiske domstoler har for eksempel klare uttalelser om prinsippet om informert samtykke. Ontario ankedomstol uttalte i 1986-saken om Buchan vs. Ortho Pharmaceutical (54 O.R.(2d) p. 92):

«En tilvirker av et produkt har en plikt til å advare forbrukerne om de farene som er forbundet ved å bruke deres produkter, dersom tilvirkeren kjenner til disse, eller burde kjenne til dem. Advarselen må være adekvat. Den bør kommuniseres på en klar og forståelig måte, slik at den egner seg til å informere brukeren om risikoen og dens størrelse; den bør stå i et rimelig forhold til alvoret av den potensielle faren, og bør ikke bli nøytralisert eller benektet av tilvirkeren på andre måter.»

Etter Sweanors mening er det to nøkkelp prinsipper om informert samtykke i forbindelse med tobakks-produkter:

- Mange røykere klarer aldri å ta fullt informerte avgjørelser, og dette skyldes kombinasjonen av alderen ved røykestart og den avhengigheten som etter hvert utvikles. Dette argumentet kan underbygges ved tidligere meningsmålinger og den utstrakte litteraturen om tobakksavhengighet.
- Det andre nøkkelp prinsippet vil være å vise hva røykere trenger å vite for å kunne ta veloverveide avgjørelser. Dette burde inkludere følgende:

**16.3.6.3 Informasjon som røykerne trenger**

1. Forbrukerne må få vite om de sykdommer og andre skader som kan forårsakes. Å bare kjenne til en eller flere av sykdommene er ikke tilstrekkelig dersom de dør av en annen, og hvor det er grunn til å tro at de ville ha handlet annerledes dersom de hadde visst mer. Flere undersøkelser viser en manglende kjennskap til de ulike sykdommer som røyking forårsaker.
  2. Forbrukerne må få kunnskap om sannsynligheten for å pådra seg en slik sykdom. Å vite at enkelte problemer kan oppstå ved bruk av et produkt, har liten betydning dersom forbrukerne ikke vet hvor stor sannsynligheten er for at de selv kan bli rammet.
- Forbrukerne må få kjennskap til prognosene dersom de skulle pådra seg en av disse sykdommene. Å vite at røyking fører til lungekreft, og å vite sannsynligheten for å få lungekreft, er ikke tilstrekkelig dersom forbrukeren tror at en slik sykdom er lett å behandle og kurere.
  - Forbrukerne må få kunnskap om fordelene ved å endre sin adferd. Å kjenne til risikoens størrelse er ikke tilstrekkelig dersom det foreligger en undervurdering av fordelene ved å slutte og en overvurdering av fordelene ved å bruke en spesiell type tobakksprodukt.
  - Forbrukerne må få vite hvordan de skal kunne endre sin adferd. Å kjenne til skadens størrelse og fordelene ved å slutte, er ikke tilstrekkelig dersom



røykere ikke får vite hvordan de skal lykkes med å slutte. De trenger informasjon om hvordan man slutter eller for øvrig reduserer risikoen. Videre burde man undersøke de «gale valgene» – som for eksempel tro på «light» sigaretter som et alternativ til å slutte å røyke.

- Forbrukerne trenger tilgang til de produkter og tjenester som kan hjelpe dem til å endre sin adferd. Informert samtykke betyr lite dersom folk ikke er i stand til å handle etter den informasjonen som er tilgjengelig for dem. Å kjenne til skadens størrelse, fordelene ved å slutte og effektiviteten av å benytte røykeavvenningsprodukter, er ikke tilstrekkelig dersom disse produktene ikke er tilgjengelige eller dersom det ikke foreligger opplysninger om virkningene av disse.

#### **16.3.6.4 Undersøkelser om røykernes kunnskaper**

Spørsmålet om røykere er blitt gitt tilstrekkelig informasjon, slik at de har kunnet ta fullt informerte avgjørelser, kan relativt lett belyses ved opinionsundersøkelser.

For 20 år siden ble det foretatt en undersøkelse av The U.S Federal Trade Commission. Her ble det benyttet oversiktsdata fra 1978–1980, mest fra tobakksindustrien. Undersøkelsene viste blant annet at:

- 40 % av røykerne ikke var klar over at «light» sigaretter var skadelig
- 49 % av røykerne ikke var klar over at røyking forårsaker de fleste tilfeller av lungekreft
- 37 %-47 % av røykerne ikke var klar over at røyking forårsaker hjertesykdom
- 63 %-85 % av røykerne ikke var klar over at røyking forårsaker de fleste tilfeller av bronkitt og emfysem
- 49 % av røykerne ikke var klar over at røyking er avhengighetsskapende.

Nyere undersøkelser er foretatt av Marttila & Kiley, som så på saker om røyking i 1993. Undersøkelsene viste at bare 21 % av amerikanerne kunne identifisere røyking som den ledende årsaken til dødsfall blant de oppsatte alternativene. Det var 28 % som valgte trafikkulykker, 16 % ulovlige stoffer, 12 % AIDS, 12 % alkoholmisbruk og 7 % mord. Sammenlignet med virkeligheten viser det seg at i 1993 drepte røyking 9 ganger så mange som trafikkulykker, 76 ganger så mange som ulovlige stoffer, 14 ganger så mange som AIDS, 4 ganger så mange som alkohol og 20 ganger flere enn mord.

I Ontario, Canada, så et firma i 1990 på forbrukernes kunnskaper om risikoen ved å røyke. Undersøkelsen viste at røykeres kunnskap om helseskader relatert til røyking, var veldig dårlig. Bare 43 % av røykerne kunne identifisere lungekreft, 19 % emfysem, 23 % hjertesykdom, 3 % munnkreft og 3 % slag. Dette gir en klar indikasjon på at det ikke var noen alminnelig kunnskap om sykdommene som kan bli forårsaket ved røyking.

Forbrukerne ble videre stilt spørsmål om å angi hvor mange prosent av tilfellene med lungekreft som resulterer i død. Svaret på dette spørsmålet er viktig for å avgjøre hvorvidt allmennheten forstår hvilke prognoser de har, dersom de skulle pådra seg det som er den mest kjente sykdommen forårsaket av røyking. Blant røykerne svarte bare 13 % riktig om at risikoen er over 80 %. Bare 43 % antok at risikoen for å dø var høyere enn 50 %.

For å teste hvorvidt det var kjennskap til fordeler ved å slutte å røyke, stilte undersøkelsen følgende spørsmål: «Svar etter beste evne: Når begynner risikoen for hjertesykdom å avta etter at en person har sluttet å røyke permanent?» Blant røykere kunne bare 15 % si at reduksjonen ville inntre innen seks måneder.

Selv om Ontario-undersøkelsen ikke tar for seg alle de nødvendige områdene for å avgjøre graden av informert samtykke, viste resultatene klart at røykere hadde dårlige forutsetninger for å ta fullt informerte avgjørelser. Røykere hadde rett og slett ikke tilstrekkelig kunnskap til å treffe informerte avgjørelser om sin personlige helse.

I 1998 ble det foretatt en gallupundersøkelse i USA. Den undersøkte forhold relatert til det å slutte å røyke, og ble offentliggjort i oktober 1998. Den fant at 68 % ønsket å slutte, og at 56 % trodde at de ville være ikke-røykere innen ett år. Dette indikerer at mange røykere ikke fortsetter å røyke av eget valg, og det er i overensstemmelse med litteratur om tobakksavhengighet. Det viser også at det er en stor overvurdering av sannsynligheten for å slutte i løpet av ett år. Undersøkelsen viser at den statistiske sannsynligheten for å lykkes med å slutte er ca. 3 %.

Denne gallupundersøkelsen viste videre at 38 % av amerikanerne tror at nikotin i nikotinerstatningsprodukter (plaster, tyggegummi, inhalator, etc.) forårsaker lungekreft. Nikotin er i seg selv ikke kreftfremkallende, og denne misforståelsen av risikoen ved et produkt som kan redde liv, er et ytterligere bevis på en manglende informert beslutningsprosess.

En tilsvarende undersøkelse av forbrukernes kunnskap ble gjennomført av Det engelske helsedepartement i 1998–1999.<sup>771</sup> Undersøkelsen tok spesielt for seg forbrukernes oppfatninger om «light»-produktene. Omkring en tredjedel (34 %) av alle røykere i England, røyker en eller annen form for «light»-sigaretter. En fjerdedel (28 %) av røykerne totalt sett trodde at «light»-sigaretter var helsemessig bedre enn vanlige sigaretter. Over en tredjedel (36 %) av «light»-røykerne trodde at «light»-sigaretter var tryggere. Mer enn tre fjerdedeler (77 %) av dagens «light»-røykere hadde tidligere røyket vanlige sigaretter, og en tredjedel (34 %) av «light»-røykerne fortalte at det var av helsemessige grunner de hadde gått over til å røyke «light»-sigaretter. En fjerdedel (25 %) av alle røykerne mente at overgangen til «light»-sigaretter var et skritt på veien til å slutte å røyke.

#### **16.3.6.5 Oppsummering**

Av de undersøkelsene som det her vises til, framgår det at det er en meget stor forskjell mellom de helserisikoene og den avhengigheten som folk tror knytter seg til røyking, og realitetene. Folk kan ikke anses å ha akseptert følger av røyking som de ikke har visst om eller som har vært langt mer omfattende enn de trodde.

771. Health Education Authority: Consumers and the Changing Cigarette, London 1999.

### 16.3.7 Vårt syn på «informert samtykke» og «aksept av risiko» når det gjelder tobakksskader

Det er grunn til å understreke at begrepet «informed consent» («informert samtykke») bidrar til innsikt i spørsmålet om når man kan si at en risiko er akseptert. Det viser at man må stille strenge krav for at man skal la skadelidtes erstatningskrav falle bort.

Vi deler i det store og hele synspunktene fra David T. Swenor som vi refererte i punkt 16.3.6 ovenfor. Videre vil vi framheve at de undersøkelsene som han viser til, vitner om mangelfulle kunnskaper hos den alminnelige forbruker om helsefarene ved tobakksproduktene og den nikotinavhengigheten som oppstår ved bruk.

Risikoen for å pådra seg helseskader ved tobakksrøyking er meget stor. Det dreier seg om alvorlige sykdommer og dødsfall. De fleste er meget unge når de starter å røyke. Det tar gjerne 25–50 år fra røykestart til risikoen realiserer seg. De fleste av dem som fikk lungekreft og andre røykerelaterte sykdommer i 1990-årene, begynte å røyke i 1950- og 1960-årene.

Folks kunnskaper om og forståelse for røykingens skadevirkninger har endret seg sterkt i løpet av de siste 50 årene. Den enkelte røyker må bedømmes etter de kunnskapene som han eller hun hadde eller burde ha skaffet seg ved røykestart. Det hevdes ofte at «alle må vite at det er farlig å røyke», men avstanden mellom tobakksindustriens kunnskaper og de kunnskapene folk flest har er meget stor, og den har vært mye større tidligere.

Burde ikke folk ha sluttet å røyke da de ble klar over de store skadevirkningene som knyttet seg til røykingen? Mange sluttet, og enda flere har en rekke forsøk på å slutte bak seg. Når de ikke lyktes, skyldes det først og fremst tobakkens sterke avhengighetsskapende effekter. Dette var noe tobakksindustrien i USA visste om fra begynnelsen av 1960-årene og holdt hemmelig for helsemyndighetene og forbrukerne. Og den manipulerte med nikotininnholdet i tobakken for å holde på forbrukerne. Minnesota-materialet og Guildford-materialet (se vedlegg 8 og 9) viser at det har vært en nær forbindelse mellom tobakksindustrien i USA og tobakksindustrien i Norge.

Folk flest har trodd (og tror fremdeles) at «light»-sigaretter har vært (og er) mindre helsefarlige og mindre avhengighetsskapende enn andre sigaretter. Barclay er et «suksess-sigarettmerke» som mange i Norge har begynt å røyke eller gått over til å røyke i stedet for å gjøre mer iherdige forsøk på å slutte. Dette er noe tobakksindustrien visste eller i alle fall burde ha visst om.

Bør det settes et skille ved 1 juli 1975 da tobakksloven – med reklameforbud og påbud om helseadvarsler – trådte i kraft? De som begynte å røyke før dette tidspunktet, var utsatt for et reklamepress og fikk ingen klar advarsel, og de kan neppe møtes med at de har akseptert helserisikoene og avhengighetspotensialet ved røykingen. De som begynte å røyke senere, har ikke vært utsatt for det samme røykepresset og har fått en advarsel om at det er helsefarlig å røyke. Men hvis de startet å røyke i ung alder, har de neppe forstått alvoret ved å tenne noen sigaretter, og kan neppe anses å ha akseptert de alvorlige risikoene som knyttet seg til dette.

Et paradoks ved å legge stor vekt på et tidsskille ved 1 juli 1975, er at det var landets myndigheter som stoppet tobakksreklamen og innførte helseadvarselen. Tobakksindustrien var imot et totalt reklameforbud.<sup>772</sup> Industrien

har bagatellisert og benektet helseskadene ved røykingen, og den har sådd tvil om tiltakenes effektivitet. Da kan det synes inkonsekvent at nettopp tobakksindustrien skal få bedre rettsstilling på grunn av tobakks-loven. Men det avgjørende må være de endringene som loven faktisk hadde for folk flest. Loven innebar noe radikalt nytt på tiltakssiden, men det tok nok endel tid før den ble internalisert fullt ut i befolkningen.

## **16.4 Det objektive ansvaret og skadelidtes forhold (aksept av risiko)**

---

### **16.4.1 Utenforstående tredjemann**

I punkt 13.8 drøftet vi momenter som knytter seg til skadevolderen og som gjør det rimelig at han eller hun blir erstatningsansvarlig på objektivt grunnlag. Her skal vi drøfte momenter som knytter seg til skadelidte og hans eller hennes forhold. Spørsmålet om risikoen er ekstraordinær sett fra skadelidtes synsvinkel er drøftet i punkt 13.5. Når det gjelder spørsmålet om skadelidtes medvirkning (skadeserstatningsloven § 5-1), vises det til punkt 16.2.

De tilfeller hvor det kan virke mindre rimelig å ilegge skadevolderen objektivt ansvar, er når skadelidte innlater seg med den risikoen som det er spørsmål om å knytte objektivt ansvar til. Han eller hun kan da selv i større eller mindre grad ta hensyn til risikoen. Dessuten vil skadelidte i disse tilfellene ofte selv ha spesielle interesser knyttet til virksomheten. Spørsmålet er om man kan si at han eller hun i en eller flere av disse tilfellene har akseptert risikoen.

Kristen Andersen uttaler at det ikke kan oppstilles en alminnelig regel om at skadelidte ved «å innlate seg» med angjeldende bedrift eller innretning gjennom akkviereeren ved eller aksept av skaderisikoen har avskåret seg fra med hell å kunne påberope seg objektivt ansvar». <sup>773</sup>

Men dermed er det ikke sagt at skadelidtes innlatelse med virksomheten aldri kan få betydning. Her kan det først være grunn til å nevne tilfeller hvor barn innlater seg med risikofylt virksomhet. Både i «knallperledom I (jernbanen)» og «høyspentmastdommen» som er omtalt i punkt 13.2.1, var det barn som kom til skade. De fikk erstatning på objektivt grunnlag. Resultatene ville neppe blitt de samme om voksne hadde innlatt seg med knallperler og høyspentmastklatring på samme måte som disse barna gjorde.

De som røyker, har åpenbart innlatt seg med de risikoer som knytter seg til røykingen. Men de har som regel bare hatt vage forestillinger om de store helseskader og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til røykingen – i alle fall sammenlignet med det tobakksindustrien visste eller burde visst.

Vi viser ellers til det som er sagt om aksept av risiko i forhold til culpanormen i punkt 16.3 ovenfor, som stort sett har gyldighet også i forhold til objektivt erstatningsansvar.

---

772.Se Ot. prp nr 3 for 1972–73 s 15–16.

773.Kristen Andersen, Skadeforvoldelse og erstatning, Oslo 1970 s 345.

### 16.4.2 Kombinasjon av p-piller og røyking

I «P-pille-dom II» var førstvoterende i Høyestrett i tvil om det var grunnlag for objektivt erstatningsansvar (Rt 1992 s 64, på s 79):

«Når jeg har vært i tvil om det bør pålegges objektivt ansvar i dette tilfellet, skyldes det at en rekke forhold kan medvirke til at det oppstår arterielle hjernetromboser, og at dette til dels er risikofaktorer som man frivillig utsetter seg for. Jeg er imidlertid kommet til at denne innvendingen ikke kan være avgjørende. Når det gjelder kvinner som røker og nyter alkohol, må disse antas å utgjøre en betydelig del av produsentenes kundegrunnlag. Risikoen for tromboser er statistisk sett meget liten også for denne del av p-pillebrukerne, selv om risikoen f.eks. skulle fordobles, og man vet ikke på forhånd hvilke personer innen gruppen som kan være utsatt for å bli rammet. På denne bakgrunn finner jeg det ikke riktig å unnta fra produsentens ansvar de tilfeller hvor røyking eller alkoholnyttelse må antas å ha vært en av de samvirkende skadeårsaker, iallfall ikke når røykingen og alkoholnyttelsen har ligget innenfor moderate rammer. Jeg tilføyer at det objektive legemiddelansvaret etter produktansvarsloven gjelder generelt for denne type skader, selv om disse også kan ha andre årsaker enn p-pillebruk.»

Man kunne tro at det her er spørsmålet om årsakssammenheng som drøftes, men det siterte avsnittet er plassert under overskriften «2. Ansvarsgrunnlaget» og ikke under overskriften «1. Årsaksspørsmålet».

Førstvoterende uttaler at røyking er frivillig, og er noe man egentlig ikke skulle belaste legemiddelindustrien for. På den annen side selges p-piller både til røykere og ikke-røykere. Dersom legemiddelfirmaet skulle være ansvarsfri overfor røykerne, måtte det enten unnlate å selge piller til dem eller gi en advarsel mot kombinasjonen av pillebruk og røyking. Ellers må man ta skadelidte som hun er – med sin røykeadferd – på samme måte som den røykende bartenderen i det røykfylte diskoteket, se punkt 11.4.2, 15.2.2 og 16.2.2.

Dersom legemiddelfirmaet hadde blitt frifunnet på grunn av skadelidtes røyking, kunne det vært aktuelt for henne å reise erstatningskrav mot tobakksfirmaet, særlig hvis røykingen hadde vært en viktigere årsaksfaktor. På grunn av nikotinavhengigheten er det mindre frivillig å røyke enn å spise p-piller. Det er selvsagt naturlig for en ung gift kvinne å ha et seksualliv, men hvis man vil unngå å bli gravid, finnes det andre prevensjonsmidler enn p-pillen.

### 16.4.3 De ansattes rettsstilling

Vi har noen dommer hvor skadelidte ikke har kunnet kreve erstatning på objektivt grunnlag, fordi han eller hun har vært ansatt i den risikofylte bedriften.

I «sykepleierdom I» (Rt 1933 s 509) ble en sykepleier nektet erstatning for tap på grunn av blodforgiftning. Hun mente at hun pådro seg denne forgiftningen fordi hun skar seg i fingeren da hun behandlet en pasient som led av blodforgiftning. Førstvoterende i Høyesterett uttalte at det ikke kunne bli «spørsmål om ansvar for sykehuset uten hensyn til skyld hos sykehusets vedkommende, da saken ikke gjelder skade som har rammet en utenforstående som følge av en farlig bedrifts virksomhet». (Det er noe tvilsomt hvilken rettskilde-

messig vekt denne uttalelse skal ha, se Schelderups og Holmboes uttalelser i Rt 1949 s 688, på s 691–692.)

På bakgrunn av den kategoriske uttalelsen om «skade som ikke har rammet en utenforstående», skulle man tro at ansatte i bedrifter og andre foretagender aldri kan kreve erstatning på objektivt grunnlag fra sin arbeidsgiver. Noen år senere avsa imidlertid Høyesterett en dom der en ansatt ble innrømmet erstatning fra sin arbeidsgiver, nemlig «vaktmesterdommen» i Rt 1937 s 741. På grunn av utilfredsstillende ventilasjons- og trekkforhold ved sentralvarmeanlegget hadde det dannet seg kulloksyd i ovnene, og denne kulloksyden trengte inn i fyrrommet. Vaktmesteren hadde fått en sykdom som ble antatt å skyldes kulloksydforgiftning. Førstvoterende i Høyesterett uttalte:

«Jeg mener nemlig at gårdens eier når det gjelder et centralvarmeanlegg hvor fyrrommet anlegges under jorden i 2nen og 3dje kjellertasje uten direkte adgang til luft, må være ubetinget forpliktet til å sørge for fullt tilstrekkelig tilgang på frisk luft, således at de som arbeider i fyrrommet ikke utsetter sin helbred for fare. Hvis dette ikke lykkes fordi det tekniske apparat ikke strekker til, således at den mann som er satt til arbeide i fyrrommet av den grunn blir syk av kulloksydforgiftning, bør gårdens eier bære det dermed forbundne økonomiske tap. Forsåvidt må han i ethvert fall være objektivt ansvarlig.»

Her ble skadelidte altså tilkjent erstatning uten at det ble nevnt eller tillagt vekt at han var ansatt hos skadevolderen. Det gjorde derimot Høyesterett i to dommer som ble avsagt noen år senere, nemlig i «sykepleierdom II» (Rt 1949 s 688) og «sykepleierdom III» (Rt 1950 s 448).

Det er «vaktmesterdommen» som er av størst interesse i forhold til tobakkssaker. Det dreide seg her om skader som skyldtes kulloksyd, og da ble det stilt stenge krav. Ved tobakksrøyking dannes det også kulloksyd. Dertil var vaktmesteren ansatt hos skadevolderen, og parallellen blir her de ansatte i tobakksindustrien. Ordinære forbrukere er utenforstående tredjemenn som ikke kan ha en dårligere rettsstilling. Etter vår mening kan de ikke avskjæres rett til erstatning på grunn av at de har innlatt seg med tobakken.

De tre sykepleierdommene er nå stort sett bare av rettshistorisk interesse. I forbindelse med inkorporeringen av reglene om skadelidtes medvirkning i skadeserstatningsloven (§ 5–1) i 1985 sløyfet Stortingets justiskomite en setning fra lovutkastet i proposisjonen som kunne «gi inntrykk av å lovfeste eldre rettspraksis som betegnes som «aksept av yrkesrisiko». Etter komiteens mening er denne rettspraksis neppe i overenstemmelse med nåtidens rettsoppfatning.»<sup>774</sup>

## **16.5 Produktansvaret, aksept av risiko og skadelidtes medvirkning**

Et viktig spørsmål er i hvilken utstrekning man kan si at forbrukerne har akseptert risikoen ved bruk av produkter. Videre er det spørsmål om hvilken vekt som skal legges på skadelidtes medvirkning. De momentene som er

774. Innst O nr 92 for 1984–85 s 6.

nevnt i punkt 16.2 til 16.4 ovenfor, vil også være relevante her. Men hvor streng skal man generelt være overfor skadelidte?

Den komitéen som utredet produktansvaret, ville legge betydelig vekt på synspunktet aksept av risiko og viste til «stigedommen» i Rt 1974 s 41.<sup>775</sup> Men Justisdepartementet uttalte følgende:

«Utvalget synes på den annen side å ville tillegge synspunkter om aksept av risiko og skadelidtes uforsiktighet ved bruk av produkter en «sentral betydning» ved avgjørelse av om produktet har en sikkerhetsmangel, jf Innst s 84 og henvisningen til Rt 1974 s 41. Justisdepartementet er ikke uten videre enig i dette. Etter de hensyn som ligger til grunn for et objektivt produktansvar kan det kun unntaksvis komme på tale å tillegge uforsiktighet fra skadelidtes side, betydning ved anvendelsen av den objektive ansvarsbestemmelse. I ethvert fall gjelder det ved personskader. Den omfattende amerikanske rettspraksis EF-direktivets ansvarsgrunnlag bygger på, har i hovedsak avvist å tillegge aksept av risiko-synspunkter betydning ved avgjørelsen av om det foreligger en sikkerhetsmangel («defect») ved det skadevoldende produkt.»<sup>776</sup>

Det skal altså bare unntaksvis kunne «komme på tale å tillegge uforsiktighet fra skadelidtes side, betydning. På denne bakgrunn skal det mye til før skadelidte mister retten til erstatning eller får redusert erstatningsbeløpet etter reglene om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko når erstatning kreves etter produktansvarsloven.

## 16.6 Konklusjoner

---

Det er et utgangspunkt at den som i moden alder bevist tar en risiko som han eller hun fullt ut kjenner de mulige konsekvenser av, selv må bære ansvaret for egne valg. Reglene om skadelidtes medvirkning og aksept av risiko fører imidlertid sjelden til tap eller reduksjon av erstatningen.

Disse reglene kan ikke benyttes overfor dem som har begynt å røyke før fylte 10 år, og neppe heller overfor barn og ungdom som har begynt å røyke i de første årsklassene over denne aldersgrensen.

Man må være forsiktig med å redusere erstatningen etter reglene om skadelidtes medvirkning når det ikke foreligger forsett eller grov uaktsomhet fra skadelidtes side. Det å starte å røyke, og det å ikke greie å slutte, kan neppe betegnes som grovt uaktsomt.

Reglene om aksept av risiko har fått stadig mindre plass i norsk rett.

Spørsmålet om aksept av risiko må vurderes ut fra folks kunnskaper om risikoen da den enkelte startet å røyke, ikke dagens kunnskapsnivå. Man kan neppe bebreide røykere som etter flere forsøk ikke har greid å kvitte seg med nikotinavhengigheten.

De som begynte å røyke før 1 juli 1975, kan neppe anses å ha akseptert de risikoer som knytter seg til røykingen. Det samme må gjelde de som begynte å røyke i ung alder etter dette tidspunktet. De som har begynt å røyke etter 1 juli 1975, må vurderes ut fra de kunnskapene de har hatt eller burde ha skaffet

775.NOU 1980: 29 (Produktansvaret) s 84–85.

776.Ot.prp. nr 48 for 1987–88 s 127.

seg, sammenlignet med hva tobakksindustrien den gang visste eller burde ha visst om alle de alvorlige helserisikoene og den sterke nikotinavhengigheten som knytter seg til tobakksrøyking.



*Del IV*  
*Fylkeskommunenes utgifter, regress og foreldelse*

## Kapittel 17

**Fylkeskommunenes adgang til å søke erstatning for utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer****17.1 Innledning**

---

**17.1.1 Hovedproblemstillinger**

Utover 1980- og 1990-årene er man innen legevitenenskapen og samfunnet for øvrig gradvis blitt klar over at helseskadene forbundet med tobakksbruk er enda mer omfattende og alvorligere enn hva man tidligere har antatt. Helseskadene rammer først og fremst enkeltindivider, men de medfører også store utgifter for det offentlige.<sup>777</sup> Det mest iøynefallende er det offentlige helsevesens direkte utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus. Men tobakksbruk skaper også andre betydelige utgifter for det offentlige, for eksempel ulike trygdeutbetalinger. Noe forenklet kan man si at mens tobakksindustrien på den ene siden oppebærer fortjenesten, så betaler det offentlige ved skattebetalingene på den andre siden regningene. På denne bakgrunn er det for så vidt ikke urimelig at det reises spørsmål om offentlige myndigheter kan kreve refundert av tobakksindustrien de utgiftene som for eksempel helsevesenet påføres i forbindelse med behandlingen av tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus.

Denne problemstillingen reiser imidlertid nye spørsmål:

*For det første* bringes vi inn i den generelle erstatningsrettslige problemstilling om tredjemann kan bygge noe eget erstatningskrav på en annens personskade. Dette vil bli tatt opp i punktene 17.2 og 17.3 nedenfor.

*For det andre* oppstår et prinsipielt spørsmål om det ved siden av den rolle og funksjon som det offentlige i Norge har påtatt seg i forbindelse med helse- og sosialomsorgen er plass for en egen tilbakesøknings- eller regressrett. Kan det offentlige, når det offentlige først har påtatt seg oppgaven å yte helsetjenester, og når det er bestemt at disse tjenestene skal finansieres av skattemidler, i neste omgang tillates å søke erstatning hos en eventuell ansvarlig skadevolder? Dette spørsmålet har rekkevidde utover tobakksproblematikken. Hvis det er adgang til slike erstatningskrav i forbindelse med tobakksskader, kan det reises spørsmål om hva blir det neste. Skal enhver virksomhet som volder personskade, for eksempel alkohol- og bilindustrien, være erstatningsansvarlig overfor det offentliges sykehus, eller står tobakksindustrien i en særstilling?

I nyere norsk rett kan det kanskje fremstå som en uvant tanke at det offentlige skal kunne kreve erstatning for helseutgifter av en ansvarlig skadevolder. Spørsmålet er lite belyst i teori og rettspraksis. Skadeserstat-

---

777. Riktignok har det offentlige også inntekter og besparelser i forbindelse med tobakksbruk. Se om dette straks nedenfor og i kapittel 18.

ningsloven § 3–7 første ledd utelukker slik offentlig tilbakesøkning hva angår trygdeutgifter (med mindre det foreligger forsett). Men gir denne enkeltbestemmelsen uttrykk for et generelt prinsipp på velferdsrettens område, eller er den bare unntaket som bekrefter hovedregelen om erstatningsadgang for det offentlige? Og selv om utgangspunktet skulle være at tilbakesøkning er utelukket, er det da gitt at dette utgangspunktet er eller bør være absolutt? Kan man tenke seg unntak, og i så fall på hvilket grunnlag? Disse problemstillingene er tema for punktene 17.4 til 17.7 nedenfor.

*For det tredje* oppstår det spørsmål i forbindelse med den økonomiske tapsberegning for det offentlige. Dels oppstår det spørsmål av medisinsk-faglig og beregningsteknisk art. Dette er tatt opp i vedleggene 3, 4 og 5. Dels oppstår det spørsmål av rettslig art i forbindelse med tapsberegningen. For eksempel er det et spørsmål om et eventuelt erstatningskrav for behandling-utgifter skal ses under en regressynsvinkel hvorved det enkelte tobakksskadde individs sykehistorie i prinsippet må godtgjøres, eller om et eventuelt erstatningskrav skal betraktes som et selvstendig krav hvorved statistiske og epidemiologiske tall om omfanget av sykdommer og skader som skyldes tobakksbruk vil kunne utgjøre tilstrekkelig dokumentasjon av sykehusenes behandlingsutgifter. Et annet spørsmål er om det er rettslig relevant at det offentlige innkrever høye tobakksavgifter og således har inntekter på tobakkssalget. Man kan videre spørre om det har betydning at røykere dør før tiden, og således kanskje sparer det offentlige for utgifter som det offentlige ellers ville ha hatt, for eksempel utbetalinger på alderspensjoner. Denne type spørsmål vil bli drøftet i kapittel 18 nedenfor.

Det primære finansieringsansvaret for sykehusdriften tilligger fylkeskommunene, men staten bidrar med betydelige tilskudd, jf sykehusloven kapittel III. I tillegg driver staten enkelte spesialsykehus, fremfor alt Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Dette innebærer at det er flere offentlige etater som har utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus, og følgelig kan man tenke seg at forskjellige offentlige organer fremmer erstatningskrav overfor tobakksindustrien. I de følgende to kapitler konsentrerer vi oss særlig om fylkeskommunene. Man kan neppe se bort fra at enkelte argumenter og momenter kan stille seg noe forskjellig etter hvilket offentlig organ man står overfor, men i hovedsak vil drøftelsene i det følgende gjelde generelle prinsippsspørsmål med interesse for hele den offentlige forvaltning, uavhengig av nivå.

Et eventuelt erstatningsansvar for tobakksindustrien må selvsagt begrenses til det enkelte offentlige organs faktiske utgifter. Fylkeskommunene kan for eksempel ikke på egne vegne kreve erstatning for utgifter som dekkes av staten. Denne type fordelingsspørsmål innad i den offentlige forvaltning, herunder eventuell beregningsteknisk betydning i utmålingen, vil imidlertid ikke bli tatt opp i det følgende.

### 17.1.2 Litt om begrepsbruken – «erstatning» og «regress»

Problemstillingen om det offentlige har rett til å kreve erstatning for velferd-utgifter, er – i den grad det overhodet er tatt opp i praksis og teori – gjerne formulert som et spørsmål om regressadgang. I punkt 18.2 nedenfor drøftes det om regresskarakteristikken egentlig er en treffende betegnelse på denne

problematikken og hvilken betydning dette kan ha for vurderingen av tapsberegningsspørsmålet.

Spørsmålet om erstatningskravets klassifisering er imidlertid neppe av stor betydning for problemstillingene i dette kapitlet. Enten erstatningskravet betraktes som et regresskrav eller som et selvstendig krav, vil de samme problemstillinger oppstå og de samme reelle hensyn gjøre seg gjeldende. Det gjelder både spørsmålet om norsk erstatningsrett åpner for at tredjemann kan kreve erstatning som en avledet følge av en annens personskade (punktene 17.2 og 17.3 nedenfor) og med hensyn til spørsmålet om det offentliges adgang til å søke erstatning for helseutgifter er undergitt særlige begrensninger (punktene 17.4 til 17.8 nedenfor).

I dette kapitlet tales det derfor om erstatning og regress om hverandre uten at begrepene er ment å gi uttrykk for noe avgjørende skille.

## **17.2 Må særskilt lovhjemmel til for at tredjemann skal kunne kreve erstatning på grunnlag av en annens personskade?**

---

### **17.2.1 Tredjemannsskadenes uensartede karakter**

Ved personskade (eller tingskade) kan man tenke seg en rekke typetilfelle hvor andre personer også blir berørt. Man kan for eksempel tenke seg arbeidsgiveren som må betale sykkelønn til den ansatte og samtidig ansette en midlertidig vikar. Man kan tenke seg at den personskadde er blitt satt ut av stand til å oppfylle en kontraktsforpliktelse, og at dette volder kontraktsparten tap. Ved død vil de etterlatte som avdøde forsørget, lide økonomisk tap. Ved personskade vil offentlige myndigheter kunne bli påført utgifter, for eksempel sykehusutgifter, trygdeutgifter og utgifter til sosialhjelp.

Felles for disse eksemplene er at tredjemann blir påført økonomisk tap som en avledet følge av skade på en annen person (eller ting). For tredjemann er det altså tale om et formuestap. I erstatningsretten deler man tradisjonelt skadetyperne blant annet inn i integritetskrenkelser og ikke-integritetskrenkelser, eller – som inndelingen også gjerne formuleres – person- og tingsskade på den ene siden og formuesskade på den andre siden.<sup>778</sup> Tredjemannsskadene utgjør en del av formuesskadene (ikke-integritetskrenkelsene). Det er omstridt og uavklart om, og i hvilken grad, formuesskadene står i en prinsipielt sett annen erstatningsrettslig stilling enn de «alminnelige» person- og tingsskadene.

Den tradisjonelle erstatningslære, såvel i norsk som dansk rett, bygger på et rettsstridsprinsipp, hvorved ansvar for ikke-integritetskrenkelsene, herunder følgeskader overfor tredjemann, først og fremst beror på en konkret og skjønsmessig avveining mellom den skadevoldende handlings eventuelle nytteverdi på den ene siden og den skadede interesse på den andre siden.<sup>779</sup> Også nyere teori drøfter gjerne formuesskadene som et spørsmål om erstat-

<sup>778</sup>Se for eksempel Hagstrøm 1983 s 14 og s 46, Lødrup 1999 s 52-55 og Nygaard 2000 s 4 og s 55. I teorien har det vært en del diskusjon og uenighet om hva som nærmere karakteriserer de to skadekategoriene, se blant annet Hagstrøm 1983 s 14 og Kleinemann 1987 s 38-81, begge med henvisninger.

<sup>779</sup>For en utførlig fremstilling av denne lære med henvisninger, se Kleinemann 1987 s 67-81 (norsk rett), jf s 38-66 (dansk rett).

ningsvernet interesse. Men selv om også nyere teori går i retning av å sette formuesskadene i en særstilling, stiller den seg tvilende til om det tradisjonelle rettstrids- eller interesseavveiningskriterium egentlige gir særlig veiledning når erstatningsansvarets rekkevidde skal fastsettes. I nyere erstatningsrettslig litteratur later det til å være en tendens til å understreke at ettersom formuesskadene (ikke-integritetskrenkelsene) er så forskjelligartede, bør man være varsom med å behandle alle under ett og at det ikke er gitt at erstatningsrettslige regler og prinsipper fra person- og tingsskadenes område uten videre lar seg overføre.<sup>780</sup> Det må imidlertid nevnes at deler av teorien er skeptisk til at det trekkes opp noen prinsipiell grensegang overhodet mellom integritetskrenkelsene og formuesskadene.<sup>781</sup>

Det faller utenfor denne utrednings ramme å drøfte generelt i hvilken grad erstatningsansvaret omfatter skadefølger som rammer tredjemanns formue. Vi har likevel funnet grunn til å gå inn på spørsmålet om det må kreves særskilt lov hjemmel for at tredjemann skal kunne kreve erstatning for formuestap som følge av en annens personskade, eller om et slikt krav kan bygge på alminnelige ulovfestede erstatningsregler. Deretter vil adekvansspørsmålet bli drøftet, først den generelle ramme om adekvansvurderingen i punkt 17.3.2, deretter konkret i punkt 17.3.3 med henblikk på offentlige myndigheters utgifter til å behandle tobakksskader på sykehus. Til slutt vil problemstillingen om erstatningsvernet interesse bli drøftet i punktene 17.4 til 17.7 nedenfor som et spørsmål om offentlige myndigheter har adgang til å kreve erstatning for behandlingsutgifter på sykehus.

### 17.2.2 Lovhjemmelsspørsmålet

I skadeserstatningsloven er det ikke gitt nærmere regler om i hvilken grad et erstatningskrav kan utledes fra en annens personskade. Loven inneholder imidlertid enkelte særregler som åpner for erstatning for slike avledede skadefølger. Først og fremst har vi regelen om etterlattes krav på erstatning ved tap av forsørger, jf skadeserstatningsloven § 3–4. Men det er også noen mer spesielle regler om regressadgang mot skadevolder, blant annet for skadelidtes arbeidsgiver (for utbetaling av sykelønn og lignende) og skadelidtes forsikringsselskap (for forsikringsytelser som følge av skaden), kfr skadeserstatningsloven § 3–7 samt §§ 4–3 og 4–4.

Det kan reises spørsmål om tredjemanns krav om erstatning på grunnlag av en annens personsskade må ha slik særskilt lovhjemmel eller om det kan bygge på alminnelige ulovfestede erstatningsprinsipper. Det er naturlig å se nærmere på hvorvidt de reglene som vi har i dagens erstatningslov om tredjemannserstatning er utslag av en oppfatning om at særskilt lovhjemmel må til. Som utgangspunkt vil fokus være rettet mot regelen om forsørgertapserstatning, idet denne har røtter i en tid hvor det hersket tvil om hjemmelsspørsmålet.

780. Se blant annet Selvig 1963 s 205-206, Kleinemann 1987, Hagstrøm 1983 kapittel IV og Hagstrøm 1989 s 196. Lødrup 1999 s 52-55 og s 160-162, ser ut til kun å skille ut de såkalt rene formuesskader, mens formuesskader som er en avledet følge av en integritetskrenkelse (for eksempel følger av en personskade) synes Lødrup å vurdere på lik linje med selve integritetskrenkelsen.

781. Se i første rekke Andersen 1976 s 415-416 og Nygaard 2000 s 83, s 87 og s 357-358.

Når det gjelder regressreglene i § 3–7 og §§ 4–3 til 4–4, har disse sin bakgrunn i nyere lovgivning hvor formålet i første rekke har vært å rydde opp i og skille mellom ulike former for regress samt å *begrense* regressadgangen for noen særskilte typer av aktører og for noen særskilte typer av regresskrav.<sup>782</sup> Disse spesielle regressreglene i skadeserstatningsloven er derfor mindre egnet til å illustrere det prinsipielle hjemmelsspørsmål som er problemstillingen her. Vi vil i punkt 17.5 nedenfor komme nærmere tilbake til disse reglenes betydning (især § 3–7) for spørsmålet om det offentliges adgang til å kreve erstatning for helseutgifter.

### 17.2.3 Regelen om forsørgertapserstatning og dens bakgrunn

Norsk lov har lenge inneholdt regler om erstatning for tap av forsørger.<sup>783</sup> Kriminalloven av 1842 kapittel 26 § 5 og straffelovens ikrafttredelseslov av 22. mai 1902 nr. 11 § 21 utgjør den historiske bakgrunn for dagens § 3–4 i skadeserstatningsloven. Under revisjonen av erstatningsloven i 1973 ble regelen om tap av forsørger i straffelovens ikrafttredelseslov flyttet til skadeserstatningsloven § 3–4. Selv om § 3–4 ble gitt en ny formulering, er regelen i stor grad en kodifisering av prinsippene utviklet under den tidligere rettstilstand.<sup>784</sup>

I forarbeidene til straffelovens ikrafttredelseslov § 21 synes det forutsatt at erstatning for tap av forsørger må ha særskilt lovhjemmel:

«...hvad angaar Erstatning til de Efterladte, naar nogen har forvoldt en Forsørgers Død, kan det vistnok endog opkastes Tvivl, om nogen Pligt til at yde en saadan kan opstilles uden positiv Lovhjemmel, idet det kan gjøres gjældende, at juridisk seet, det ene Menneske aldrig kan betragtes som et Formuesgode for det andet, at, om det ene Menneske har Forsørgelsesforpligtelser, ligeoverfor det andet, disse derfor altid knytter sig til hans Tilværelse som Retssubjekt og derfor ipso jure ophører ved Døden, saaledes at det ved hans Død bevirkede Ophør af Forsørgelsen intet retskrænkende ligeoverfor den Forsørgede indeholder.»<sup>785</sup>

Synspunktet i motivene til straffelovens ikrafttredelseslov er at et menneske ikke kan betraktes som et formuesgode, og følgelig kan tredjemann ikke uten videre bygge noe erstatningskrav på en annens personskade. Synspunktet synes dels å bære islett av den eldre, men i dag stort sett forlatte, sontring mellom obligatoriske og tinglige rettigheter. Og dels fremtrer synspunktet som nærmest ideelt eller moralsk begrunnet i den forstand at man som utgangspunkt avviser at mennesker skal undergis verdsettelse i penger. Slik det presenteres i motivene ser betraktningen ut til å ha generell rekkevidde, ikke bare i forbindelse med forsørgertapserstatning. Synspunktet fremstår imidlertid som fremmed i dag. Rekkevidden av skadevolders ansvar overfor tredjemann formuleres i dag som et spørsmål om årsakssammenheng, påregnelighet og erstatningsvernet interesse, og ikke som et spørsmål om rettighet-

782.NOU 1977: 33 s 18-27, Ot prp nr 60 (1980-81) s 17-30, Ot prp nr 75 (1983-84) s 20-33 og Innst O nr 92 (1984-85) s 3-5.

783.For nærmere om historikken, se Innstillingen fra Erstatningslovkomitéen 1971 s 14-17 med henvisninger.

784.Jf Innstilling fra erstatningslovkomitéen 1971 s 30-31 og s 57-58.

785.Motiver til straffelovens ikrafttredelseslov 1896 s 55 sp 1.

ens «obligatoriske» (personlige) eller «tinglige» karakter, eller om det er tillatelig og akseptabelt å sette en prislapp på mennesker. En personskade vil kunne ramme tredjemann ikke fordi den direkte skadelidte er å anse som tredjemanns formuesgode, men fordi det nå en gang er slik at økonomiske verdier ofte vil være en del av de mellommenneskelige *relasjoner*.

Disse realitetene innså man også tidligere, og det ser ikke ut til at den nevnte uttalelsen i motivene til straffelovens ikrafttredelseslov noen gang ble lagt til grunn som et generelt erstatningsrettslig prinsipp eller som en særskilt skranke for å tilkjenne tredjemann erstatning på grunnlag av en annens personskade.

Det kan i denne forbindelse nevnes at straffelovkommisjonens forslag til en egen bestemmelse om forsørgertapserstatning ikke utelukkende sprang ut fra en oppfatning om at lovhjemmel var påkrevd for at denne interesse skulle være erstatningsrettslig vernet. Lovreguleringen hadde som et viktig formål også å avklare en del spørsmål i forbindelse med forsørgertapserstatning som ville ha vært usikre dersom man bare skulle ha bygget på alminnelige ulovfestede erstatningsprinsipper. Det gjaldt for eksempel spørsmål som hva som ligger i forsørgerbegrepet, hvilken personkrets som kan anses som forsørget, hvilken skyldgrad som kreves og om forsørgertapserstatning som utgangspunkt skal være begrenset til det økonomiske tapet for de etterlatte.  
786

Riktignok avviste Høyesterett i *Sigyn-saken* fra 1920 at et bilforsikringsselskap kunne kreve regress hos bilføreren for forsikringsselskapets utbetalinger til den påkjørtes enke, under henvisning til at forsikringsselskapet ikke kunne utlede noe selvstendig krav fra den skadevoldende handling.<sup>787</sup> Begrunnelsen ser ut til å være knyttet til en tolkning av straffelovens ikrafttredelseslov § 21 om at denne bestemmelsen uttømmende regulerte hvilken personkrets som kunne kreve erstatning ved dødsfall.

#### 17.2.4 Avklaring av hjemmelsspørsmålet i eldre rettspraksis

Spørsmålet om tredjemann, uten særskilt lovhjemmel, kan kreve erstatning på grunnlag av en annens personskade, fikk sin prinsipielle avklaring i *sykelønnsaken* fra 1939.<sup>788</sup> Skadelidte var ansatt i staten, og hadde etter en bilulykke mottatt sykelønn fra staten. Problemstillingen i saken var om staten kunne kreve refusjon av vedkommende bilforsikringsselskap for statens sykelønnsutgifter til den skadelidte. Forsikringsselskapet gjorde blant annet gjeldende at norsk rett ikke ga anledning til å tilkjenne erstatning som følge av personskade til andre enn den personskadde selv, men dette ble prinsipielt avvist av Høyesterett:

«Det hevdes fra ankemotpartens side at det...efter almindelige erstatningsregler ikke kan oppstå noe selvstendig krav i anledning av tilføyed legemsskade for andre enn den fysisk skadede person selv. Jeg er imidlertid blitt stående ved at iallfall i tilfelle som det foreliggende, hvor den økonomiske interesse i den skadede persons arbeidsdyktighet helt og holdent er hos arbeidsgiveren og ikke for noen del hos ar-

786.Motiver til straffelovens ikrafttredelseslov 1896 s 55-59.

787.Rt 1920 s 5.

788.Rt 1939 s 45.

beideren eller funksjonæren, bør arbeidsgiverens selvstendige krav anses hjemlet i de almindelige erstatningsregler ... i tilfelle av den art som det her i saken foreliggende, hvor den økonomiske skade utelukkende og i sin helhet rammer arbeidsgiveren – og hvor adekvansen er uomtvistelig – vilde det efter min mening være meget urimelig å nekte arbeidsgiveren et selvstendig skadeserstatningskrav.»<sup>789</sup>

Også i *syketrygdsaken* fra 1963 fikk staten medhold i sitt krav mot ansvarsassurandøren om refusjon av utgifter til utbetaling av sykelønn etter bilulykke.<sup>790</sup> Riktignok la Høyesterett her vekt på analogier fra refusjonsprinsipper i den tidligere syketrygdlov av 1956, og reserverte seg mot å ta stilling til refusjonsspørsmålet på helt generelt grunnlag.<sup>791</sup> Men avgjørelsen bærer bud om at det i hvert fall ikke stilles et spesielt strengt krav om hjemmel i formell lov for at tredjemann skal kunne kreve erstatning på grunnlag av en personskade.

I *invalidpensjonssaken* fra 1968 var det spørsmål om bilforsikringsselskapet måtte refundere staten utgiftene til invalidpensjon til en trafikkskadet person.<sup>792</sup> I likhet med syketrygdsaken fra 1939 gjorde forsikringsselskapet sterkt gjeldende at erstatning til staten for utbetaling av invalidpensjon til den trafikkskadde måtte avvises fordi det ikke fantes hjemmel i loven om Statsbanenes Pensjonskasse. Dette ble bestemt avvist av en enstemmig Høyesterett. Staten fikk medhold, og førstvoterende uttalte:

«Jeg kan ikke finne det berettiget å se det slik at når pensjonsloven for jernbanen er taus på dette punkt, så har lovgiveren ment at regressrett her er utelukket.»<sup>793</sup>

Andrevoterende tilføyde:

«Jeg antar – som byretten og førstvoterende – at Pensjonskassen under de foreliggende omstendigheter må anses inntrådt i Rismyhr erstatningskrav mot Forbundet så langt den har dekket tapet, altså for det utbetalte beløp i invalidpensjon. At regress må kunne gjøres gjeldende i et tilfelle som dette, følger etter min mening av alminnelige rettsgrunnsetninger – den rettdannelse som i teorien har fått betegnelsen *cessio legis*. Regressretten ... har rot i festnet rettsoppfatning fra langt tid tilbake. Sin rettspolitiske forankring har regressretten i den betraktning at skadevolderen ikke bør bli gunstigere stilt av den grunn at skadelidte får sitt tap helt eller delvis dekket på annet hold. – Jeg er enig i førstvoterende i at regressrett for Pensjonskassen ikke kan anses utelukket ved at den ikke er uttrykkelig hjemlet i loven om Statsbanenes Pensjonskasse.»<sup>794</sup>

Som man ser av disse avgjørelsene har Høyesterett fra tidlig av vært meget klar på at det ikke kan stilles et generelt lovhjemmelskrav for tredjemannserstatning, og at den nærmere avgrensning i første rekke vil bero på påregnelighets- eller adekvansbetraktninger. Det er også verdt å påpeke at det i

789.Rt 1939 s 45 på s 47-48. Høyesterett tilkjente enstemmig staten erstatning, men det var en viss uenighet om resultatet kunne utledes både av alminnelige erstatningsregler og bilansvarsloven eller bare av alminnelig ulovfestete erstatningsprinsipper.

790.Rt 1963 s 129.

791.Tidligere var det positive regresshjemler i mange av enkeltlovene på velferdsrettens område. For kort om historikken her, se punkt 17.5.2 nedenfor.

792.Rt 1968 s 48.

793.Rt 1968 s 48 på s 51 nederst.



denne eldre rettspraksis ikke finnes spor av at tredjemannserstatning må konstrueres som et krav basert på at mennesker er å anse som formuesgoder.

### 17.2.5 Avklaring av hjemmelsspørsmålet i nyere rettspraksis og teori

Ved skadeserstatningsloven av 1969 er utgangspunktet at den ansvarlige skadevolder er forpliktet til å erstatte den eller de skadelidtes fulle økonomiske tap, uavhengig av om skaden gjelder person eller formue. Prinsippet er kommet til uttrykk i skadeserstatningsloven kapittel 3 og 4, særlig §§ 3–1 og 4–1. Formuestap er altså i prinsippet erstatningsberettiget på lik linje med andre typer av økonomiske tap. Dette prinsippet om full erstatning innebærer også at avledede skadefølger, som for eksempel en primærskade som forplanter seg til skade på tredjemann, kan være erstatningsberettigede.

Rettsstillingen fra før skadeserstatningsloven av 1969 er senere gjentatt og befestet i en rekke høyesterettsdommer. I nyere tid fremstår hovedregelen om erstatnings- eller regressrett som vel etablert, og problemstillingene som prosederes synes å gå mer på rekkevidden av hovedregelen enn dens rettsgrunnlag og berettigelse.

I *reiseutgiftssaken fra 1975* ble de nærmeste pårørende til en trafikkskadet person tilkjent erstatning hos skadevolders forsikringsselskap for sine reiseutgifter fra Tyskland til Norge.<sup>795</sup> Se videre *syketrygdsaken fra 1982*, som – i likhet med saken fra 1939 – gjaldt spørsmålet om en arbeidsgiver kunne kreve erstatning av den erstatningsansvarlige for utbetaling av sykelønn til den personskadde.<sup>796</sup> Her var partene enige om at spørsmålet som utgangspunkt måtte besvares bekreftende.<sup>797</sup> Den nærmere problemstilling i saken var om regressbegrensningen i skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd, slik bestemmelsen lød tidligere, også omfattet arbeidsgiver. Regelen i skadeserstatningsloven § 3–7 kommer vi tilbake til i punkt 17.5 nedenfor. Det samme spørsmålet som i syketrygdsaken meldte seg i *Krankenkasse-saken fra 1986*. En tysk sykekasse hadde utredet utgifter til legebehandling, sykehusopphold og sykepenges til en person som var blitt skadet ved en trafikkkulykke.<sup>798</sup> Høyesterett tilkjente sykekassen erstatning hos ansvarsassurandøren, og viste til den klare rettspraksis på dette område:

«For Høyesterett har det som nevnt ikke vært bestridt at den som dekker en skadelidts tap, som utgangspunkt kan søke regress hos den som er ansvarlig for skaden. Dette er jeg enig i. Jeg viser til de tre høyesterettsdommer som er nevnt av den ankende part, særlig til dommen i Rt. 1968 side 48, der fire av de fem dommerne bygget på at en pensjonskasse var trådt inn i skadelidtes krav ved en cessio legis...Jeg peker også på at regressretten har sin rot i festnet rettsoppfatning fra

794.Rt 1968 s 48 på s 52-53. Høyesterett var enig hva angikk regressprinsippet og resultatet, men delte seg 4-1 med hensyn til enkelte nyanser i begrunnelsen. Saken inntatt i Rt 1927 s 729 kan også nevnes i denne sammenheng. Her var det NSB som måtte finne seg i å være regressansvarlig overfor et forsikringsselskap som hadde ytet erstatning til en person som var blitt skadet i en togkollisjon. I denne saken kunne imidlertid Høyesterett bygge regresskravet på uttrykkelig transport av erstatningskravet fra den skadelidte til forsikringsselskapet.

795.Rt 1975 s 670.

796.Rt 1982 s 814.

797.Rt 1982 s 814 på s 816.

798.Rt 1986 s 381.

lang tid tilbake, jfr. flertallets bemerkninger i dommen i Rt. 1968 side 48.»<sup>799</sup>

Det kan videre vises til flere høyesterettsavgjørelser fra de senere årene om erstatnings- og regressoppgjør i forsikringsforhold, både i forbindelse med personskader og tingsskader.<sup>800</sup> Riktignok gjelder det en del særregler for forsikringsselskaper, men avgjørelsene kan likevel illustrere at til grunn for problemstillingene ligger hovedregelen om alminnelig erstatnings- eller regressadgang.

Heller ikke i juridisk teori er det lagt til grunn at tredjemanns krav om erstatning som følge av skade på en annen person krever særskilt lovhjemmel.

Tradisjonelt er temaet gjerne drøftet i erstatningslitteraturen som et spørsmål om hvorvidt den som har en *kontraktsmessig* interesse i den skadde tingen eller personen kan kreve erstatning.<sup>801</sup> Dette faller utenfor vårt tema.

Det har dessuten i så vel erstatnings- som kontraktsrettslig teori lenge vært omdiskutert om regress i sin alminnelighet krever særskilt lovhjemmel.<sup>802</sup> Den toneangivende oppfatning i dag er at det ikke kan opereres med noe strengt lovhjemmelskrav. Problemstillingen i denne sammenheng gjelder i første rekke regress mellom samskyldnere, altså den innbyrdes ansvarsfordeling mellom flere personer som sammen hefter utad. Også dette ligger således på siden av vår problemstilling.

I nyere erstatningsrettslig teori understrekes det at spørsmålet om erstatning for avledede skadefølger, slik som tredjemanns økonomiske tap på grunn av skade på en annen person, må ta utgangspunkt i alminnelige påregnelighetsbetraktninger samt i spørsmålet om erstatningsvernet interesse, og at det ikke kan opereres med et særskilt lovhjemmelskrav.<sup>803</sup>

Peter Lødrup uttaler riktignok at ved en persons død kan ikke tredjemann kreve erstatning med mindre det foreligger særskilt hjemmel.<sup>804</sup> Med «særlig hjemmel» mener Lødrup formodentlig «lovhjemmel». De eksemplene som uttalelsen knytter seg til, tyder imidlertid på at Lødrup her ikke omtaler tredjemanns stilling generelt, men kun tredjemanns adgang til å bygge et erstatningskrav på en annen persons arbeidsevne. Som begrunnelse for sitt synspunkt fremholder nemlig Lødrup at den økonomiske verdi som ligger i at en annen person lever og kan utføre en arbeidsprestasjon, ikke er erstatningsmessig. Konteksten tyder på at problemstillingen er hvilke nærmere tredjemannsinteresser som nyter erstatningsrettslig vern.<sup>805</sup> Og det er noe

799.Rt 1986 s 381 på s 384-385.

800.Se for eksempel Rt 1993 s 1018 (særlig på s 1020 nederst), Rt 1997 s 1029 (især på s 1036) og Rt 1999 s 711.

801.Se for eksempel Hagstrøm 1983 s 51-54 og Nygaard 2000 s 360-365, begge med nærmere henvisninger.

802.Om spørsmålet, se blant annet C. Smith 1961, Evju 1970 s 100-105, Arnholm 1978 s 144, Augdahl 1978 s 383, Krüger 1984 s 299 og s 303-304, Bergsåker 1994 s s 148-149 og Torvund 1997 s 140-141.

803.Se blant annet Andersen 1976 s 415-416, jf s 58-62, Lødrup 1999 s 53-55, s 57-58 og s 331-360 og Nygaard 2000 s 87, s 137-138, jf s 155 og s 357-365.

804.Lødrup 1999 s 356.

805.Spørsmålet om erstatningsvernet interesse i relasjon til vårt tema, vil bli tatt opp til særskilt drøftelse i punktene 17.4 til 17.7 nedenfor.

annet enn spørsmålet om det generelt sett må lovhjemmel til for at tredjemann skal kunne kreve erstatning for avledede følger av en annens personskade. På de steder hvor Lødrup tar opp spørsmålet om tredjemanns stilling mer generelt, understrekes det at personska-defølger som forplanter seg til tredjemann *ikke* står i en prinsipielt sett annen stilling enn primærskaden.<sup>806</sup>

### 17.2.6 Det offentlige står som utgangspunkt ikke i noen særstilling med hensyn til erstatningsadgangen

Det er grunn til å fremheve at flere av Høyesteretts regressavgjørelser gjelder erstatningskrav fra offentlige myndigheter, og det er intet som tyder på at offentlige myndigheter generelt sett står i en annen og svakere stilling enn private rettssubjekter ellers. I *sykelønns-* og *syketrygdsakene* fra 1939 og 1963 var det endog et hovedpoeng for Høyesterett å understreke dette:

Saken fra 1939:

«Jeg skal til slutt bemerke at den omstendighet at det i denne sak dreier seg om *staten* som arbeidsgiver, ikke kan medføre at staten får mindre rett enn en privat arbeidsgiver vilde hatt ... . Det har åpenbart ikke vært tjenestemannslovens mening at ... det offentlige som arbeidsgiver blir satt i en ugunstigere stilling enn den en arbeidsgiver ellers efter almindelige rettsregler står i.»<sup>807</sup>

Saken fra 1963:

«Reelt sett er det ingen grunn til at...Trygdekassen når den har betalt skal ha en svakere stilling enn arbeidsgiveren eller arbeideren selv ville ha hatt om en av dem hadde gjort gjeldende direkte det tilsvarende krav.»<sup>808</sup>

Erstatningskrav fra offentlige myndigheter på grunnlag av utgifter som det offentlige er påført som følge av personskade, må således som utgangspunkt vurderes etter alminnelige erstatningsrettslige regler og prinsipper.

### 17.2.7 Konklusjon: Intet krav om lovhjemmel

På bakgrunn av gjennomgangen ovenfor kan det slås fast at det i norsk rett ikke er grunnlag for å oppstille et generelt krav til særskilt lovhjemmel for at tredjemann skal kunne kreve erstatning for formuestap avledet av en annens personskade. Hovedregelen i norsk rett er at den som har måttet erstatte skadelidtes tap eller som på annen måte er blitt påført utgifter til fordel for eller på vegne av den skadelidte, har rett til full refusjon hos skadevolder når ansvarsgrunnlag og adekvat årsakssammenheng foreligger. Dette innebærer at det er de eventuelle *begrensningene* i erstatningsadgangen som krever rettsgrunnlag og begrunnelse.

806.Lødrup 1999, især s 53-55.

807.Rt 1939 s 45 på s 48 (kursivering i original). Sitatet er fra førstvoterende, som målbar votumet fra fraksjonen på fire av syv dommere. På dette punkt var det imidlertid ingen uenighet i Høyesterett, jf andrevoterendes gjentakelse av poenget på s 50.

808.Rt 1963 s 129 på s 132.

### 17.3 Tredjemannskrav reiser først og fremst et spørsmål om adekvans

---

#### 17.3.1 Oversikt

Den nærmere utstrekning av skadeansvaret overfor tredjemann, beror særlig på to forhold: For det første må tredjemann ha tilstrekkelig tilknytning til og interesse i det godet som er rammet av primærskaden. For det andre må den skade som er påført tredjemann ligge innenfor det som fra skadevolders synspunkt er å anse som en påregnelig skadefølge, også kalt adekvansvilkåret. Se også punkt 15.4 ovenfor. Av disse to begrensningsfaktorene er det utvilsomt den siste som er av størst betydning, og strengt tatt kan man nok si at den tar opp i seg det førstnevnte forhold.

Som nevnt i punkt 17.2.1 ovenfor er tredjemannsskadene av en så uensartet karakter og kan være så omfangsrike at erstatningsansvarets rekkevidde ikke bare beror på en påregnelighetsvurdering, men at det også oppstår et spørsmål om hvilke tredjemannsinteresser som er erstatningsrettslig vernet. Dette spørsmålet vil bli tatt opp til særskilt drøftelse i punktene 17.4 til 17.7 nedenfor hva angår behandlingsutgifter for offentlige sykehus.

Kravet om at tredjemann må ha tilstrekkelig tilknytning til det godet som er rammet av primærskaden, avgrenser kretsen av *hvem* som rettslig sett anerkjennes som skadelidt og dermed som berettiget til å fremme krav om erstatning. I teorien presenteres kravet undertiden som étt blant flere grunnvilkår for å kreve erstatning, og det formuleres gjerne som et krav om at den skadelidte må være innehaver av den interesse som er forvoldt skade.<sup>809</sup> I relasjon til avledede følger av personskade, er det som eksempel på en tredjemann med *for* perifer tilknytning til skaden, vist til arbeidsgiveren som på bakgrunn av den ansattes personskade krever erstatning for *differansen* mellom verdien av arbeidsinnsatsen og arbeidsvederlaget.<sup>810</sup> Eksemplene i teorien er ofte av så spesiell karakter at det synes vanskelig å definere generelt hva som ligger i dette interessekriteriet. Det synes nærmest å være en erstatningsrettslig utgave av den prosessuelle søksmålsskranke «rettslig interesse» i tvistemålsloven § 54. I den grad erstatningsrettslig teori i det hele tatt dveler noe ved dette avgrensingskriteriet, går fremstillingen raskt over i den alminnelige påregnelighetsbegrensning.<sup>811</sup>

Det overordnede vurderingskriterium i påregnelighetsvurderingen er om det økonomiske tap som er påført tredjemann (følgeskaden, sekundærskaden) står i rimelig og naturlig sammenheng med den skade som er forvoldt den direkte skadelidte (primærskaden).<sup>812</sup> Erstatningsansvarets rekkevidde overfor tredjemann avgrenses således mot de mer fjerntliggende, uventede og tilfældige skadefølger.

809.Se for eksempel Nygaard 2000 s 57-58.

810.Nygaard 2000 s 58.

811.Se for eksempel Nygaard 2000 s 87. Lødrup ser ut til i liten grad å fokusere på interessevilkåret.

812.Andersen 1976 s 58-62, Lødrup 1999 s 334-335 og s 337-338 og Nygaard 2000 s 358.

### 17.3.2 Generelt om adekvansbegrensningen

Et hovedmoment i påregnelighetsvurderingen er om følgeskadens *art* kan sies å være en nærliggende konsekvens av primærskaden. Etter omstendighetene kan *hendelsesforløpet* også være et moment, skjønt tilbakeholdenhet er på sin plass her hvis det først er på det rene at følgeskaden etter sin karakter er et typisk resultat av primærskaden.<sup>813</sup> I eldre erstatningsrettslig lære ble *omfanget* av følgeskaden fremholdt som et moment i påregnelighetsvurderingen.<sup>814</sup> I dag er imidlertid oppfatningen at skadeomfanget i prinsippet ikke bør spille rolle hvis først følgeskaden etter sin art er påregnelig, og at hensynet til den erstatningsansvarlige ved de omfattende skadefølger heller bør ivaretas ved lempningsregelen i skadeserstatningsloven § 5–2.<sup>815</sup> Det forhold at ansvaret kan bli ruinerende for skadevolder, er altså i prinsippet intet argument mot erstatningsansvar som sådan.

Det er viktig å presisere at selv om skadefølgen for så vidt er et typisk utslag av primærskaden, ligger det ingen automatikk i at den er omfattet av erstatningsansvaret. Livets erfaring viser at en skade, generelt sett, kan føre til så mangt, og en helt ubestemt antagelse eller betraktning om at tredjemenn *kunne* bli berørt av primærskaden vil stort sett ikke være tilstrekkelig til at følgeskaden anses påregnelig. Poenget illustreres gjerne ved de to kabelsakene.<sup>816</sup> Begge sakene gjaldt skade på elektrisk kabel, med påfølgende tap for en tilknyttet strø abonnent.

I den første saken hadde et dampskip revet opp en elektrisk kabel med sitt anker. Oppankringen hadde funnet sted til tross for et forbuds- og advarselsskilt om at det langs elvebunnen gikk en elektrisk kabel. Kabelen førte til Fredrikstad Mekaniske verksted som ble påført driftsstans på grunn av strømbruddet. Verkstedet ble tilkjent erstatning, og en enstemmig Høyesterett uttalte om adekvansspørsmålet:

«Når det gjelder spørsmålet om et mer omfattende ansvar [det vil si ansvar overfor strø abonnenten, ikke bare overfor el-verket som eier av kabelen], nevner jeg at kabelen var markert med skilt på verkstedets eiendom, og at losen visste at kabelen førte strøm til verkstedet. Han måtte da være klar over at forbudet mot ankring ikke minst var av betydning for verkstedet, og at kabelbruddet kunne føre til driftsstans for verkstedet.»<sup>817</sup>

I den andre kabeldommen hadde et fly under militærøvelse brutt en strømkabel på øya Hitra og dermed påført strømsstans hos flere abonnenter, deriblant et oppdrettsanlegg for regnbueørret. Oppdrettseierens erstatningskrav ble imidlertid under dissens 4–1 ikke imøtekommet av Høyesterett, som uttrykte følgende om adekvansspørsmålet:

813.Jf Lødrup 1999 s 335-337 med henvisninger til rettspraksis.

814.Se for eksempel Rt 1955 s 1132 (tippesaken), Rt 1967 s 697 (Lier-saken) og Rt 1973 s 1268 (flymanøversaken), samt kritiske bemerkninger til den tradisjonelle adekvanslære i Andersen 1976 s 62-68.

815.Lødrup 1999 s 339-342 og Nygaard 2000 s 365.

816.Rt 1955 s 872 og Rt 1973 s 1268. De to sakene gjelder tingsskade, men domspremissene hva angår påregnelighetsvurderingen har generell rekkevidde.

817.Rt 1955 s 872 på s 874.

«Selv om det utvilsomt har vært påregnelig at omfattende skadevirkninger kunne bli følgen av et kabelbrudd, antar påregneligheten en ubestemt og nærmest abstrakt karakter sett i forhold til det enkelte skadetilfelle. Dette henger i første rekke sammen med at det ikke dreier seg om skade på den gjenstand som er rammet eller interesser som har umiddelbar tilknytning til denne, men om skadevirkninger som følge av en kontraktsmessig tilknytning som kan variere med tid og sted, og oftest vil ligge helt utenfor hva en skadevolder kan ha kunnskap om og oversikt over; skaden er, som det har vært uttrykt, «avledet og indirekte».»<sup>818</sup>

Det er altså ikke tilstrekkelig at det kan tenkes at skadevirkningene vil kunne forplante seg videre og ramme noen andre utover den som direkte og umiddelbart er berørt av primærskaden. Påregneligheten må ha en viss konkret karakter for at følgeskader som får betydning for tredjemann kan anses omfattet av erstatningsansvaret.<sup>819</sup>

I tillegg til de mer objektive forhold omkring skaden, er det alminnelig antatt at skyldgraden også kan spille en rolle i påregnelighetsvurderingen.<sup>820</sup> En hovedtanke bak adekvansbegrensningen er at den alminnelige uaktsomme skadevolder ikke bør svare for følgeskader som på grunn av sin fjerne tilknytning til primærskaden nærmest fremstår som hendelige uhell. Hvis det derimot foreligger grov skyld eller hvis skaden endog er voldt med hensikt, anses dette hensynet til skadevolder som mindre tungtveiende. Logisk sett kan det synes tvilsomt å legge vekt på skyldgraden all den stund skaden uansett kunne ha funnet sted ved et hendelig uhell.<sup>821</sup> Men i bunn synes det å ligge et rimelighetskriterium her, hvor det etisk eller moralsk klanderverdige ved den skadevoldende opptreden vil kunne sanksjoneres med et vidtgående erstatningsansvar, blant annet av preventive grunner.<sup>822</sup>

I teorien har man drøftet om visse skadefølger for tredjemann etter sin art bør holdes utenfor erstatningsansvaret, særlig er det reist spørsmål om tredjemanns sjokkskader kan omfattes, for eksempel hvis tredjemann har vært vitne til en ulykke. Til tross for en noe famlende eldre rettspraksis, synes nyere praksis og teori å legge til grunn at også slike mer spesielle følgeskader som rammer tredjemann i prinsippet må anses omfattet av erstatningsansvaret, og at ansvarets rekkevidde i den enkelte sak først og fremst reiser et spørsmål om påregnelighet.<sup>823</sup>

Med hensyn til spørsmålet om tredjemann har rett til å få erstatning for direkte utgifter han har hatt som følge av primærskaden, har Høyesterett en rekke ganger slått fast at rekkevidden av skadevolders ansvar – det være seg primærskade på person eller ting – i siste hånd beror på en konkret påregnelighetsvurdering.<sup>824</sup> I *sykelønnsaken* fra 1939 tilkjente Høyesterett Staten

818.Rt 1973 s 1268 på s 1272.

819.Se også Selvig 1963 s 205-206 og Hagstrøm 1983 s 51-54.

820.Lødrup 1999 s 339 og Nygaard 2000 s 365-366, begge med henvisninger til rettspraksis. Andersen 1976 s 62-68 var kritisk til bruken av adekvans- eller påregnelighetsbegrepet hvis det er skyldgraden man vil legge vekt på i vurderingen av erstatningsansvarets omfang.

821.Slik blant annet Nygaard 2000 s 365.

822.Nygaard 2000 s 366.

823.Hagstrøm 1987, Lødrup 1999 s 345-350 og Nygaard 2000 s 358-360.

erstatning av ansvarsassurandøren for utbetaling av lønn til en trafikkskadet arbeidstaker, og viste blant annet til at tapet var adekvat:

«Hvad spørsmålet om årsakssammenhengen mellom påkjøringen og det staten som arbeidsgiver påførte tap angår, finner jeg det ikke tvilsomt at de efter almindelige erstatningsregler gjeldende krav til adekvans her er tilfredsstillende.»<sup>825</sup>

I *sykebesøksaken* fra 1975 var det spørsmål om de nærmeste pårørende til en trafikkskadet person kunne få dekket reiseutgifter til sykebesøk fra Tyskland til Norge. Høyesterett besvarte dette bekreftende, blant annet under henvisning til at slike utgifter var påregnelige for den erstatningsansvarlige:

«Etter alminnelige norske erstatningsregler vil skadelidtes erstatningskrav omfatte de direkte utgifter som skyldes skaden og som verken er upåregnelige eller unødvendige. I praksis er antatt at utgifter som foreldre har for å besøke barn på sykehus, kan være slike påregnelige og nødvendige følger av en trafikkuulykke som har ført til sykehusoppholdet. Jeg kan ikke se at det er grunn til å sette særlige utgifter som påløper ved at de nærmeste pårørende må reise for å besøke en voksen skadelidt person, i en annen stilling.»<sup>826</sup>

På denne bakgrunn kan det slås fast at alminnelige adekvansbetraktninger står sentralt i vurderingen av tredjemanns adgang til å kreve erstatning for økonomisk tap som følge av skade på en annen person (eller ting).

### 17.3.3 Spesielt om adekvans i forhold til tobakksrelaterte sykehusutgifter for det offentlige

Utgifter som det offentlige har til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer ved sykehus er en følge av tobakkens skadevirkninger på den enkelte bruker.

I punkt 18.2 nedenfor drøftes spørsmålet om det offentliges eventuelle erstatningskrav for helseutgifter er å anse som et regresskrav eller som et selvstendig, og ikke bare avledet, krav. Når det offentliges behandlingsutgifter her omtales som en følgeskade, er det med sikte på adekvansvurderingen og ikke med henblikk på kravets karakter som regress- eller selvstendig krav. Uansett hvordan man måtte karakterisere kravet, så oppstår det samme påregnelighetsspørsmål når rekkevidden av et eventuelt erstatningsansvar for tobakksindustrien skal avgjøres.

Spørsmålet som oppstår er om det offentliges sykehusutgifter i forbindelse med befolkningens tobakksbruk er en adekvat skadefølge. Spørsmålet volder ikke særlig tvil. Den medisinske dokumentasjon på at tobakksbruk medfører helseskader, er i dag overveldende.<sup>827</sup> Det er neppe for sterkt å si at omfattende helseskader både er en typisk og nødvendig følge av tobakksbruk i

824.Se blant annet Lødrup 1999 s 331-360 og Nygaard 2000 s 357-367, begge med utførlige henvisninger til rettspraksis.

825.Rt 1939 s 45 på s 47.

826.Rt 1975 s 670 på s 671. Premissene synes å bygge på hensynet til den personskadede selv mer enn tredjemann, men dommen kan likevel illustrere at det er påregnelighetsvurderingen som er avgjørende for rekkevidden av skadevolders ansvar.

827.For en oversikt, se kapitlene 3 og 4 ovenfor.

befolkningen. Dette er selvsagt kjent for tobakksindustrien. Det må i hvert fall kunne legges til grunn at industrien burde ha hatt den samme kunnskap om helsevirkningene av tobakksbruk som det legevitenenskapen til enhver tid har slått fast.

Det generelle utgangspunkt må således være at intet er mer påregnelig for tobakksselskapene enn at medisinsk behandling vil bli påkrevd for en rekke tobakksbrukere. Påregneligheten springer en spesielt klart i øynene når den tobakksskadde selv har utgifter til behandling. Det forhold at skadevirkningene rammer to rettssubjekter i stedet for ett, kan ikke spille rolle i påregnelighetsvurderingen.<sup>828</sup>

I forlengelsen av dette må det på bakgrunn av vårt offentlig finansierte helsesystem likeledes sies å være *konkret* påregnelig at utgiftene ved slik medisinsk behandling i det store og hele vil bli belastet det offentlige. Riktignok er det slik at helserisikoen for den enkelte røyker vil variere, og at man vanskelig kan *forhånds*stipulere en helserisiko, herunder risiko for belastning av helsesystemet, for den enkelte røyker. Dette kan likevel ikke være avgjørende i påregnelighetsvurderingen når det epidemiologiske og statistiske materiale er klart. Poenget er at helserisikoen kan belegges med overveldende legevitenenskapelig dokumentasjon, og at tobakksbruk således etter sin art og sitt omfang medfører betydelige kostnader for det offentlige helsevesen. Denne vitenskapelige dokumentasjon må i prinsippet selvsagt også aksepteres i erstatningsrettslig sammenheng. Riktignok vil den nærmere tallfesting av tobakksrelaterte behandlingsutgifter ved norske sykehus være forbundet med et visst skjønn og en viss usikkerhet. Dette innebærer imidlertid ikke at de samlede helseutgiftene for det offentlige som sådan må anses som upåregnelige.

Dersom den norske tobakksindustrien opp gjennom årene har sittet med viktig produkt- og helseinformasjon, men holdt denne tilbake for forbrukere og myndigheter – slik det er avdekket innen den internasjonale tobakksindustrien – taler dette for et strengt og vidtgående ansvar for industrien. Hvis slike forhold foreligger vil det være spesielt uholdbart for tobakksselskapene å vise til at utgiftene som er påført sykehusene, er upåregnelige.

#### **17.4 Er det særskilte skranker for det offentliges adgang til å kreve erstatning for helseutgifter? Innledende synspunkter på spørsmålet om erstatningsvernet interesse**

---

Det ser ut til å være alminnelig anerkjent at det i forhold til tredjemenn som berøres av primærskaden, må settes en grense for hva som kan anses som erstatningsberettiget *selv om* skadefølgen i prinsippet er påregnelig. Hvordan denne begrensningen formuleres varierer, men kjernen i problemstillingen er om tredjemanns interesse har erstatningsrettslig vern.<sup>829</sup> Norsk erstatningsrettslig teori har imidlertid i liten grad drøftet hva som nærmere ligger i denne begrensningen i relasjon til tredjemannsproblematikken.<sup>830</sup>

Med henblikk på vår problemstilling om offentlige myndigheter har adgang til å kreve erstatning av tobakksindustrien for utgifter til å behandle

828.Prinsipielt slik også Nygaard 2000 s 357 og s 360-364.



tobakksskader på sykehus, vil vi i det følgende først se nærmere på regres-savskjæringsregelen i skadeserstatningsloven § 3–7 (punkt 17.5). Deretter vil vi drøfte om man som utgangspunkt må anse det offentlige erstatningsad-gang på velferdsrettens område som begrenset (punkt 17.6). Til slutt vil vi ta opp om de særskilte forhold som gjør seg gjeldende for tobakksprodukter under enhver omstendighet tilsier en erstatningsadgang for det offentlige for tobakksrelaterte sykehusutgifter (punktene 17.7 og 17.8).

## **17.5 Regressforbudet i skades- erstatningsloven § 3–7 første ledd – bakgrunn og rekkevidde**

---

### **17.5.1 Oversikt**

Folketrygden er i dag avskåret fra å kreve regress for enhver type økonomisk støtte som ytes i henhold til folketrygdloven av 28. februar 1997 nr 19 (tidligere lov av 17. juni 1966 nr 12) med mindre den erstatningsansvarlige har utvist forsett, jf skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd, som lyder:

«Trygden eller en pensjonsinnretning kan ikke kreve regress hos den ansvarlige for trygdens eller pensjonsinnretningens utgifter og ansvar på grunn av skaden, med mindre denne er voldt forsettlig av den erstatningsansvarlige selv. Ved personskadeforsikring gjelder det samme for forsikringsselskapets regress mot den ansvarlige. Regressretten gjelder bare i den utstrekning ytelsene tillegges betydning ved utmålingen av skadevolderens ansvar overfor den skadelidte (jf § 3–1 tredje ledd).»

Dette innebærer at offentlige trygde-, pensjons og forsikringsordninger i praksis er utelukket fra å kreve erstatning hos en skadevolder for slikt som utgifter til sykepenges, ytelser under medisinsk rehabilitering (etter folketrygdloven), uførepensjon, ytelser til gjenlevende ektefelle og ytelser grunnet yrkesskade.

### **17.5.2 Tidligere rettstilstand: Regressadgang for trygden**

Tidligere hadde man erstatnings- eller regressbestemmelser spredt omkring i lovverket, for eksempel i lov om offentlige tjenestemenn av 5. februar 1918 nr 1 § 11 (regress for utbetaling av sykelønn til offentlig ansatte), lov om syketrygd av 2. mars 1956 § 130, lov om ytelser til vanføre av 15. desember 1958 nr 1 § 10 siste ledd, lov om yrkesskadetrygd av 12. desember 1958 nr 10 § 42 nr 5 andre ledd og lov om uføretrygd av 22. januar 1960 nr 1 § 35.

829.Selvig 1963, Fleicher 1964, Augdahl 1979 s 407-418, Hagstrøm 1983 kapittel IV og Lødrup 1999, blant annet s 53-55 og s 57-58. Nygaard 2000 s 87 og s 357-365, skiller seg noe fra den øvrige litteraturen ved at tredjemannsspørsmålene i prinsippet drøftes som et rent adekvansspørsmål. Men dette går nok mer på forskjell i terminologi enn i realitet. Nygaard er skeptisk til å trekke opp noe prinsipielt skille mellom integritets- og ikke-integritetskrenkelsene, men også Nygaard understreker at skadeansvarets rekkevidde overfor tredjemann må begrenses, blant annet ut fra hvilke risiki som naturlig bør tilordnes tredjemann selv (se for eksempel s 364).

830.Dansk erstatningsrettslig litteratur synes å være tilsvarende sparsom, mens spørsmålet i langt større grad er påaktet i svensk teori, se for eksempel Jan Kleinemanns store avhandling (Kleinemann 1987), Roos 1988 s 48-49 og Hellner 1995, især s 211-213 og 362-368. Svensk retts oppmerksomhet omkring spørsmålet har blant annet sammenheng med at den svenske skadeståndslagen (1972:207) som hovedregel kun åpner for erstatning for ren formuesskade når den skadevoldende handling også er straffbar, jf 2 kap 4 §.

Felles for disse enkeltlovene var at de, i samsvar med gjeldende ulovfestet rett, ga rett til regress og at de i noen grad nærmere regulerte regresssituasjonen. Da den alminnelige folketrygdloven ble vedtatt i 1966, ble flere, men ikke alle, av disse særskilte regresshjemlene i spesiallovgivningen samlet i folketrygdloven § 18–7. Bestemmelsen i § 18–7 lød i sin helhet:

«Denne lov innskrenker ikke det ansvar som den som volder skade måtte ha overfor den trygdede, men trygdedes krav går over på trygden så langt tilfellet medfører utgifter for denne.

Er ikke hele erstatningsbeløpet å få, skal den trygdedes eller hans etterlattes krav dekkes først.»

### 17.5.3 Philipson-utvalgets forslag i 1967 om opphevelse av trygdens regressrett

Ganske umiddelbart etter vedtakelsen av den alminnelige folketrygdloven i 1966, ble det på Rikstrygdeverkets anmodning nedsatt en arbeidsgruppe – *Philipson-utvalget* – til blant annet å utrede en del spørsmål i forbindelse med gjennomføringen av regress; spørsmål som ble oppfattet som uavklarte. Blant spørsmålene var slikt som forholdet mellom regresskrav og skadelidtes hovedkrav og forholdet mellom regresskravet på den ene siden og ordninger mellom skadelidte og skadevolder på den andre siden samt enkelte foreldelsesspørsmål.<sup>831</sup>

Philipson-utvalget lot imidlertid disse spørsmålene ligge, idet den gikk inn for helt å oppheve trygdens regressrett.<sup>832</sup> Utvalgets forslag ga støtet til en lovendringsprosess som ble innledet i 1970 med regressavskjæring for trygdeytelser etter den alminnelige folketrygdlov. Da syketrygden og yrkesskadetrygden ble inkorporert i folketrygdloven i 1971, ble også disse avskåret fra regress. Ved en lovendring i 1973 ble til slutt regressretten også opphevet for pensjonsytelser i henhold til særlovgivningen.

Philipson-utvalgets forslag om å avskjære regressadgang for trygdeytelser følger i hovedsak en treleddet begrunnelse.

*For det første* fremhevet utvalget at regressadgangen som den gang forelå, kun var av meget marginal økonomisk betydning for trygden.<sup>833</sup>

*For det andre* pekte utvalget på at gjennomføringen av regress var forbundet med vanskelige og uavklarte harmoniseringsproblemer i forhold til de alminnelige erstatningsrettslige regler og prinsipper.<sup>834</sup> Utvalget mente at det var et spenningsforhold mellom, på den ene siden, de skjønnsmessige kriterier som ble benyttet ved den erstatningsrettslige beregning av fremtidig ervervstap for den skadelidte, og, på den andre siden, den strenge matematiske beregning som ble benyttet ved fastsettelse av trygdens regresskrav.<sup>835</sup> Utvalget mente at dette spenningsforholdet enten måtte føre til at trygden tok alt slik at den skadelidte ville sitte igjen med intet i erstatning av skadevolder, eller at skadelidte måtte tilkjennes noe på toppen i tillegg til

831. Philipson-utvalget 1967 s 1-2.

832. Vurderingen av regressadgangens berettigelse var en del av arbeidsgruppens mandat, jf Philipson-utvalget 1967 s 1.

833. Philipson-utvalget 1967 s 8-10.

834. Philipson-utvalget 1967 s 10-17.

835. Se også Gulbrandsen 1963, især på s 267-268, Eriksrud 1963, Lassen 1964 s 74-81 og Philipson 1966 s 309-312.

trygdens regresskrav. Det sistnevnte alternativ ville, ifølge utvalget, kunne bli ruinerende for skadevolder.

I forlengelsen av dette ble det fra utvalgets side *for det tredje* vist til at trygdemyndighetene som en utenforstående part kunne virke forstyrrende inn på erstatningsoppgjøret mellom den direkte skadelidte og den erstatningsansvarlige.<sup>836</sup>

I tillegg til disse hovedargumentene ble det også fremholdt at regressansvar kunne slå urimelig hardt ut for en privatperson som skadevolder, og at opphevelse av regressretten neppe ville ha prevensjonssvekkende virkning.<sup>837</sup>

#### 17.5.4 Lovendringene i begynnelsen av 1970-årene

I den etterfølgende lovbehandling fikk Philipson-utvalgets forslag tilslutning, dog med den mindre endring at regressadgangen ble opprettholdt overfor den forsettlige skadevolder.<sup>838</sup> Ved lovendring av 19. juni 1970 nr 67 fikk den nye § 18–7 i folketrygdloven følgende formulering:

«En trygdets erstatningskrav mot den som har voldt skade faller bort for et beløp svarende til folketrygdens utgifter og ansvar på grunn av skaden. Dette gjelder likevel ikke dersom skaden er voldt forsettlig. I nevnte tilfelle går trygdedes krav over på folketrygden med beløp som nevnt foran. Er ikke hele erstatningsbeløpet å få, skal den trygdedes eller hans etterlattes krav dekkes først.»

Ved lovendring av 25. mai 1973 nr 26 ble den tidligere regressavskjæringsregel i folketrygdloven § 18–7 flyttet til skadeserstatningsloven § 3–7, og omfattet nå også pensjonsytelser:<sup>839</sup>

«Trygden eller en pensjonsinnretning kan ikke kreve regress av den erstatningsansvarlige for trygdens eller pensjonsinnretningens utgifter og ansvar på grunn av skaden, med mindre denne er voldt forsettlig av den erstatningsansvarlige. Regressen kan i tilfelle ikke gjøres gjeldende til fortrenghet for den trygdedes eller pensjonsberettigedes eller deres etterlattes erstatningskrav for samme skade.»

Sin nåværende utforming fikk skadeserstatningsloven § 3–7 ved lovendring av 21. juni 1985 nr 81, i forbindelse med presiseringer av adgangen til sykelønnsrefusjon.<sup>840</sup> Dette ligger utenfor vårt tema.

Både lovendringen i 1970 og i 1973 ble gjennomført uten noen særlig realitetsdrøftelse utover den som allerede var gitt av Philipson-utvalget fra 1967. Under lovendringen i 1973 var man i det hele tatt ikke lenger opptatt av prinsippspørsmålet om trygden burde ha regress eller ikke, men i stedet fokusert på om ikke også pensjonsordninger generelt burde likestilles med trygden og således avskjæres fra regress. I den grad prinsippspørsmålet om

836. Philipson-utvalget 1967 s 17-19.

837. Philipson-utvalget 1967 s 6-8, s 20-24 og s 25-26.

838. Ot prp nr 42 (1969-70) s 44 sp 2 og s 91 og Innst O XIX (1969-70) s 26 sp 2. Dette var i tråd med Philipson-utvalgets subsidiære forslag.

839. Erstatningslovkommiteens innstilling 1971 s 28-29, Ot prp nr 4 (1972-73) s 9-15 og s 26-29 og Innst O nr 32 (1972-73) s 145 sp 1.

840. NOU 1977: 33 s 20-21 og s 46 sp 1, Ot prp nr 60 (1980-81) s 20-21, Ot prp nr 75 (1983-84) s 21-24 og Innst O nr 92 (1984-85) s 3-5.

regressadgang ble drøftet, var det gjerne ved en kort gjentakelse av Philipson-utvalgets argumenter, særlig argumentet om at regressadgangen var av liten økonomisk betydning.<sup>841</sup>

#### **17.5.5 Kollektive refusjonsordninger for trygden innføres i begynnelsen av 1990-årene**

Høsten 1982 ble det nedsatt en arbeidsgruppe til å se nærmere på hvordan trygdeordningene fremover skulle sikres og finansieres (Norbom-utvalget, gjerne kalt Trygdefinansieringsutvalget). Man så med bekymring på veksten i folketrygden, en vekst som ble antatt bare å fortsette, blant annet på grunn av et økende antall eldre med bedre opparbeidede pensjonsrettigheter enn tidligere.<sup>842</sup>

Blant Trygdefinansieringsutvalgets mange forslag var å innføre særskilte refusjonsordninger for folketrygdens utgifter i forbindelse med trafikkskader og yrkesskader.<sup>843</sup> Dette bygget på tanker som, i forbindelse med bilskader, tidligere var luftet av *Asbjørn Kjønstad* og *Knut Selmer* som et alternativ til den opphevelse av trygderegressen som fant sted i begynnelsen av 1970-årene.<sup>844</sup> Kjønstad og Selmer mente at regressordningen – slik den fungerte tidligere – var utilfredsstillende, men var kritisk til en opphevelse av trygdens regressadgang som sådan. Disse tankene ble så i 1980-årene videreført av Trygdefinansieringsutvalget. Utvalget påpekte at de praktisk-administrative vanskeligheter forbundet med regress for trygden, som så sterkt var fremhevet av Philipson-utvalget, ikke gjorde seg gjeldende dersom det ble innført kollektive refusjonsordninger som i praksis ble administrert av ansvarsassurandøren. Tanken var tapspulverisering gjennom en standardsats som ble betalt av den enkelte forsikringstaker i tillegg til den alminnelige forsikringspolise, og som deretter ble overført fra forsikringsselskapene til folketrygden.

I den etterfølgende debatt om trygdefinansieringss spørsmålet fikk utvalgets ideer om egne refusjonsordninger gehør hos så vel Sosialdepartementet som Sosialkomiteen i Stortinget.<sup>845</sup> Etter en intern utredning i Sosialdepartementet om ulike alternativer for hvordan en slik refusjonsordning kunne utformes, ble lovforslag fremmet og vedtatt av Stortinget.<sup>846</sup> Refusjonsordningene er videreført gjennom den nye folketrygdloven §§ 23–7 og 23–8.<sup>847</sup>

Refusjonsordningene er nærmere regulert i forskrift med hjemmel i folketrygdloven.<sup>848</sup> For trygdens utgifter i forbindelse med trafikkskader har trygden krav på en årlig avgift som motorvogneiere betaler i tillegg til den ordinære bilforsikringspremie uavhengig av hvorvidt motorvognen det året

841.Se for eksempel Ot prp nr 4 (1972-73) s 27 sp 1 nederst – sp 2 øverst.

842.NOU 1984: 10 s 7 sp 2.

843.NOU 1984: 10 s 123. Den obligatoriske yrkesskadeforsikringsordning som vi kjenner i dag var på dette tidspunkt riktignok bare under forberedelse og diskusjon.

844.Kjønstad 1974 s 06-21 til 06-22 og Kjønstad 1977 s 57-59 (i andre utgave fra 1983 på s 57-58) og Selmer 1974 s 166-167.

845.St meld nr 12 (1988-89), især s 240-241 og Innst S nr 200 (1988-89) s 43.

846.Ot prp nr 77 (1989-90) og Innst O nr 11 (1990-91). Om refusjonsspørsmålet, se proposisjonen kapittel 7 og 8 og innstillingen fra Sosialkomiteen s 10-13.

847.Jf Ot prp nr 29 (1995-96) s 197.

848.Forskrift gitt av Sosial- og helsedepartementet av 25. mars 1997 nr 269 om trygderefusjon ved trafikkskade (FOR 1997-03-25 269), og forskrift gitt av Sosial- og helsedepartementet av 25. mars 1997 nr 270 om trygderefusjon ved yrkesskade (FOR 1997-03-25 270).

har vært involvert i trafikkuhell eller ikke. For motorvogneiere tilsvarer dette tillegget kr 320 pr år.<sup>849</sup> For trygdens utgifter i forbindelse med yrkesskader har folketrygden krav på en andel av den enkelte arbeidsgivers årlige premie til den lovbestemte yrkesskadeforsikringen, men kun hvis det faktisk inntreffer skade på arbeidsplassen. Forutsetningen til grunn for fastsettelse av premietillegg til bilskadeforsikringen og prosentandel av yrkesskadeforsikringen, er at folketrygdens utgifter til bil- og yrkesskader skal refunderes i sin helhet gjennom de samlede forsikringsinnbetalinger.

Disse refusjonsordningene innebærer at folketrygden for visse typer av skadeårsaker i realiteten har regressrett på rent objektivt grunnlag. Under lovforberedelsen av ordningene ble det diskutert om man skulle endre regressavskjæringsregelen i skadeserstatningsloven § 3–7.<sup>850</sup> Man kom likevel til at dette ikke var nødvendig, formodentlig fordi refusjonsordningene basert på standardsatser og allmenn tapspulverisering ble ansett å falle noe på siden av det tradisjonelle regressbegrep.<sup>851</sup>

#### 17.5.6 Er regressavskjæringsregelen for trygden tilfredsstillende begrunnet i dag?

Philipson-utvalgets forlag om å oppheve trygdens regressrett gikk gjennom Stortinget uten nevneverdig prinsippdebatt. Som det fremgår av gjennomgangen ovenfor, falt Philipson-utvalgets begrunnelse for regressavskjæring i tre hoveddeler eller argumenter. For det første var regressrett uten økonomisk betydning for trygdens finansiering. For det andre kunne gjennomføring av regress skape vanskeligheter i forhold til alminnelige erstatningsrettslige regler. Og for det tredje fremholdt utvalget at ved gjennomføring av regress kunne trygdemyndighetene virke uheldig og forstyrrende inn på en eventuelt erstatningsrettslig oppgjør mellom private parter.

Etter vår mening står disse argumentene ikke så sterkt i dag, i hvert fall ikke som begrunnelse for en så sterk regressbegrensning for trygden som skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd gir uttrykk for. Ettersom argumentene i det vesentlige bygger på praktiske avveininger, beror i grunnen deres relevans og vekt på *hvordan* en eventuell regress fra trygdemyndighetene gjennomføres. Det fremste vitnesbyrd om dette er de kollektive refusjonsordninger som senere er innført i forbindelse med trafikk- og yrkesskader (se forrige punkt). Disse refusjonsordningene innebærer i realiteten en regressadgang for trygden, men uten at Philipson-utvalgets motforestillinger slår til. Man kunne tenke seg tilsvarende refusjonsordninger innført også på andre områder, for eksempel i forbindelse med fremstillingen av tobakksprodukter, selv om man ikke har den samme type obligatoriske ansvarsforsikring på vedkommende område.

Philipson-utvalgets argument om at det er et spenningsforhold mellom de trygderettslige og erstatningsrettslige utmålingsprinsipper hva angår fremti-

849.Beløpet er pr 1. januar 2000. Det skilles som utgangspunkt ikke mellom ulike typer av motorvogner, dog er det en lavere avgift for mopeder, traktorer og veteranbiler (kr 160 pr år).

850.Se for eksempel St meld nr 12 (1988-89) s 241 sp 1, Innst S nr 200 (1988-89) s 43 sp 1 og Ot prp nr 77 (1989-90) s 69 sp 2 nederst – s 70 sp 1 øverst.

851.Slik finner vi det naturlig å forstå Ot prp nr 77 (1989-90) s 69 sp 2 nederst – s 70 sp 1 øverst.

dig ervervstap påkaller også en kommentar. Muligens kunne dette anføres som et argument mot regress den gang, i hvert fall hvis et slikt spenningsforhold medførte eller det var grunn til å tro at det ville medføre ulike erstatningsutmålinger avhengig av hvorvidt trygdemyndighetene gjorde regress gjeldende eller ikke. På den annen side må poenget være at når visse utgifter for den skadelidte blir dekket av det offentlige, så vil – enten trygden har regressrett eller ikke – disse ytelsene i prinsippet redusere skadelidtes tap hvis man ser på erstatningsoppgjøret mellom den direkte skadelidte og den erstatningsansvarlige isolert sett. At beregningsprinsippene kan være noe forskjellige, er ikke uoverstigelig. Vi står i prinsippet overfor samme problemstilling den dag i dag for så vidt gjelder regelen om fradrag for trygdeytelser i forbindelse med erstatningsberegningen (skadeserstatningsloven § 3–1 tredje ledd første punktum). I dag er imidlertid utmålingsreglene i trygde- og erstatningsrettslig sammenheng i større grad enn tidligere bygget over samme lest, jf skadeserstatningsloven § 3–1 andre ledd. Således har Philipson-utvalgets argument på dette punkt uansett ikke samme vekt i dag.

## **17.6 Er regressavskjæring et alminnelig prinsipp når det er tale om velferdsutgifter eller lovpåttatte ytelser?**

---

### **17.6.1 Folketrygden og andre velferdsordninger**

Det uttrykkelige regressforbudet i skadeserstatningsloven for trygdeytelser er spesielt. Vi har ingen tilsvarende regressavskjæringsbestemmelse for andre velferdsytelser, verken i lover som sykehusloven, kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven eller loven om psykisk helsevern. Disse lovene gir imidlertid heller ikke uttrykk for at tilbakesøkning av utgifter hos en ansvarlig skadevolder er tillatt. Lovene er i det hele tatt tause om erstatningsspørsmålet. Spørsmålet er heller ikke – så vidt vi kan se – omtalt i lovforarbeidene.

Det er enkelte bestemmelser om rett til å ta vederlag av pasienten, jf eksempelvis sykehusloven § 12 åttende og ellefte ledd, kommunehelsetjenesteloven § 2–3, tannhelsetjenesteloven § 2–2, sosialtjenesteloven § 11–2 og spesialisthelsetjenesteloven § 6–9. Det er videre noen bestemmelser om ansvarsfordeling og refusjon offentlige organer imellom, se for eksempel sykehusloven § 12 femte og sjette ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 6–6. Men ingen av disse bestemmelsene kan sies å angå spørsmålet om adgangen til å søke erstatning av en ansvarlig tredjeperson som skadevolder.

Problemstillingen er om regressforbudet i skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd gir uttrykk for et generelt prinsipp når det gjelder det offentliges lovpåttatte velferdsytelser, eller om det kun er unntaket som bekrefter den alminnelige (ulovfestede) hovedregelen om erstatnings- eller regressadgang.

### **17.6.2 Varsomhet på sin plass med hensyn til å overføre regressavskjæringsregelen for trygden til andre velferdsytelser**

Som det fremgår av gjennomgangen i foregående punkt ble regressavskjæringen for trygden innført av praktiske grunner. Det er lite eller intet i lovmotivene til den tidligere folketrygdloven § 18–7, og senere skadeserstat-

ningsloven § 3–7 første ledd, som tyder på at man mente å gi uttrykk for et generelt prinsipp for det offentliges utgifter til helse- og sosialtjenester. Begrunnelsen er meget konkret knyttet til de trygdemessige forhold, og i et nøtteskall er synspunktet at administrasjonen av en regressrett for trygdemyndighetene «koster mer enn det smaker». Man skal nok derfor være varsom med å trekke generelle slutninger ut fra regressforbudet for folketrygdens utgifter.<sup>852</sup> Praksis fra Høyesterett synes også å gå i denne retning.

I *sykelønssaken fra 1982* var spørsmålet om arbeidsgivers utbetaling av sykelønn i den periode som etter folketrygdloven tillå arbeidsgiveren, var å anse som en del av folketrygdens sykelønnsordning og dermed måtte omfattes av regressforbudet i skadeserstatningsloven § 3–7.<sup>853</sup> Høyesterett besvarte dette med nei, og viste til de særlige hensyn som lå til grunn for regressavskjæringen for trygdemyndighetene:

«Jeg kan ikke se at løsningen på dette spørsmål kan utledes av selve ordlyden i folketrygdloven og skadeserstatningsloven § 3–7... . Heller ikke kan jeg se at sammenhengen i folketrygdreglene som anført av Storebrand tilsier en bestemt løsning av regress-spørsmålet. Trygdereglene er ikke utformet med dette for øye, som beror på avveining av hensyn forskjellige fra de trygdetekniske og økonomiske som har diktert folketrygdlovens regler.

Avgjørende for meg blir følgende: Inntil lovendringen av 10. juni 1977 nr. 84 [endringer i folketrygdens sykelønnsordning] trådte i kraft, var utvilsomt bare trygdeetaten avskåret fra regress for sine utlegg, og dette var gjort av hensyn til trygdens interesser og ikke av hensyn til den erstatningspliktige tredjemann. Ved lovendringen er det intet holdepunkt for at lovgiveren tilsiktet noen endring av regressreglene. Videre er det ikke selvsagt at en arbeidsgiver for sine ytelser her bør stå i samme stilling som selve trygden eller en pensjonsinnretning... .

Det jeg her har trukket frem, viser etter min mening at noen utvidende eller analogisk tolking av skadeserstatningsloven § 3–7 med sikte på sykelønn ytet av arbeidsgiver, ikke er på sin plass.»<sup>854</sup>

I *Krankenkasse-saken fra 1986* var spørsmålet om en tysk sykekasse var å anse som en trygdeordning etter skadeserstatningsloven § 3–7 og således avskåret fra å kreve refusjon av et norsk bilforsikringsselskap for utlegg til legebehandling, sykehusopphold og sykepenger i anledning en trafikkskade.<sup>855</sup> Igjen svarte Høyesterett nei på spørsmålet om å overføre regressforbudet i skadeserstatningsloven § 3–7 til andre forhold enn det som klart var omfattet av bestemmelsen:

«Som nevnt av ankemotparten, ble flere forhold overveiet i forbindelse med opphevelse av regressen. Det ble imidlertid særlig fremhevet at regresskravene representerte en relativt ubetydelig del av trygdens totalinntekter, at det var vanskelig for trygden å overkomme å fremme alle regresskrav, og at prevensjonskravet ikke talte for regress. Det var hensynet til trygden og dens administrasjon som var lovbegrunnelsen. At lovendringen medførte lettelser for tredjemann, og særlig for hans

852.Slik også Jerstad 1993 s 324 og Jerstad 1996 s 47. Motsatt derimot, Gulestøl 1996.

853.Rt 1982 s 814.

854.Rt 1982 s 814 på s 817-818.

855.Rt 1986 s 381.

forsikringsselskap, var bare en følge av nyordningen og intet formål for denne ... . At bestemmelsen i 1973 ble overført til den alminnelige skadeserstatningslov og man i selve lovteksten da bare nyttet den bestemte formen «trygden», tok ikke sikte på noen endring med hensyn til bestemmelsens virkeområde ...

Det jeg her har sagt, tilsier at man ikke bør bruke bestemmelsen i skadeserstatningsloven § 3–7 utvidende eller analogisk på en måte som ikke omfattes av de grunner som lå bak endringene i 1970 og 1973.»<sup>856</sup>

Høyesterett er altså meget tilbakeholden med å anvende regressforbudet i skadeserstatningsloven § 3–7 utenfor sitt uttrykkelige virkeområde. Nå må det riktignok påpekes at disse to avgjørelsene gjelder rekkevidden av regressforbudet *utenfor* det norske offentlige trygdesystem, og spørsmålet om forbudets anvendelse *innenfor* den offentlige velferdslovgivning for øvrig er ikke tema for Høyesterett. Det er likevel grunn til å merke seg Høyesteretts var-somhet og fremhevelse av at regressavskjæringen for trygden ikke bør gis videre anvendelse enn det bestemmelsens særlige lovgrunner tilsier. I denne sammenheng kan det fremfor alt vises til Høyesteretts understrekning i disse to avgjørelsene av den ulovfestede hovedregelen om erstatnings- eller regressadgang, og at lovgiver ved regressavskjæringen for trygden ikke generelt har ment å gripe inn i denne.

Nå kan det anføres at når først regress er avskåret i trygderettslig sammenheng, så er det ingen grunn til at regressadgangen skal være en annen for andre velferdsytelser, for eksempel etter sosiallovgivningen.<sup>857</sup> De ulike velferdstjenester utgjør alle deler av en helhet, og det kan synes vilkårlig å løse regressspørsmålet etter hvilken kategori det enkelte tjenestetilbud må henføres til. På den annen side er regressforbudet i skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd, som nevnt, meget konkret knyttet til de trygdemessige administrasjonshensyn, og det står fast at tilsvarende regressavskjærende regler ikke er innført eller vurdert for andre offentlige velferdsytelser.

Høyesterett har i tidligere avgjørelser flere ganger uttalt at helse- og sosiallovgivningens eventuelle taushet om erstatnings- eller regressspørsmålet ikke utelukker offentlige myndigheter fra å søke erstatning hos en ansvarlig skadevolder. I denne sammenheng har Høyesterett heller trukket analogier fra bestemmelser som uttrykkelig gir regress *adgang* enn å se selve regressretten for offentlige myndigheter som unntaket.<sup>858</sup>

De to sykkelønn- og syketrygdsakene fra 1939 og 1963 kan være illustrerende. I begge sakene fikk staten medhold i sitt refusjonskrav mot den erstatningsansvarlige etter en bilulykke, på tross av at det ikke forelå noen lovhjemmel som helt dekket tilfellet:

Førstvoterende i 1939-saken:

«Tjenestemannslovens § 11, som positivt hjemler et regresskrav hvor det foreligger tjenesteulykke, kan ikke fortolkes antitetisk derhen at hvor en tjenestemann påkjøres utenfor tjenesten – slik at det

856.Rt 1986 s 381 på s 385.

857.Slik Lødrup-utvalget 1994 s 122 sp 1. Spørsmålet er imidlertid ikke nærmere drøftet av utvalget. Se også Gulestøl 1996 s 49.

858.Rt 1939 s 45 på s 48 og s 50, Rt 1963 s 129 på s 132 og Rt 1968 s 48 på s 51 nederst og s 53 øverst.



altså ikke foreligger en tjenesteulykke – skal noe krav ikke kunne gjøres gjeldende.»<sup>859</sup>

Andrevoterende i 1939-saken:

«Tjenestemannsloven § 11 hjemler uttrykkelig staten regresskrav mot tredjemann for utlegg i anledning av tjenesteulykker. Men herav kan det ikke dras noen antitetisk slutning med hensyn til statens regressrett i andre tilfelle hvor en tjenestemanns arbeidsudyktighet er forvoldt ved en skadegjørende handling av tredjemann.»<sup>860</sup>

Høyesterett i 1963-saken:

«Det er som nevnt på det rene at det krav Trygdekassen gjør gjeldende, ikke direkte kan bygges på syketrygdlovens § 130. Jeg finner imidlertid ikke at dette er avgjørende for vårt tilfelle. Ved de tillegg til syketrygdloven som er foranlediget ved tariffavtalen av 1957, har man sikkert ikke hatt dette spørsmål for øye, og det er intet som tyder på at spørsmålet er overveiet. Det kan da ikke være plass for noen antitetisk tolkning av § 130. Tvert imot finner jeg at bestemmelsen, som uttrykkelig hjemler trygdekassene regress for de ordinære sykeutgifter, byr på en sterk analogi»<sup>861</sup>

Disse rettsavgjørelsene er noe gamle, men den prinsipielle linje som går igjen, står godt i samsvar med de to forannevnte avgjørelsene fra 1980-årene om rekkevidden av regressavskjæringsregelen i skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd. Det foreligger imidlertid ikke noe klart prejudikat fra nyere tid om offentlige myndigheters adgang til å kreve erstatning for velferdsutgifter hos en ansvarlig tredjemann.<sup>862</sup>

Det kan reises spørsmål om de samfunnsendringer som har funnet sted innen helse- og sosialsektoren i løpet av de siste 30–35 år, kanskje spesielt den stadig sterkere fremhevelse av det offentliges omfattende ansvar for den alminnelige velferd, gjør en erstatnings- eller regressadgang for slikt som sykehusutgifter problematisk, kanskje særlig i forhold til de grunntanker som ligger bak den offentlige velferdsomsorg. På den annen side har man i denne perioden også sett en økende fremvekst av private helsetjenester som et viktig alternativ, blant annet fordi det offentliges behandlingstilbud ikke strekker til eller fordi det oppfattes som utilfredsstillende. Videre er det på enkelte skadeområder blitt innført refusjonsordninger til fordel for det offentlige for delvis å kompensere det offentliges velferdsutgifter, jf punkt 17.5.5 ovenfor. På denne bakgrunn kan det således fremstå som tvilsomt om det er mulig å tale om et prinsipp, enn si absolutt prinsipp, om at det offentlige, og kun det offentlige, skal ta seg av og bekoste velferdsomsorgen, herunder sykehustilbudet. Spørsmålet skal forfølges noe nærmere i det følgende.

### **17.6.3 Er en alminnelig regressadgang forenlig med det offentlig påtatte velferdsansvar?**

I helse- og sosiallovgivningen generelt er det stort sett inntatt bestemmelser som uttrykkelig tillegger offentlige myndigheter, det være seg stat, fylkeskommune eller kommune, ansvaret å finansiere tilbudet, kfr sykehusloven kapit-

859.Rt 1939 s 45 på s 48.

860.Rt 1939 s 45 på s 50.

861.Rt 1963 s 129 på s 132. Det må dog nevnes at Høyesterett tok den reservasjon at spørsmålet om regressadgang etter andre lover som manglet uttrykkelig bestemmelse, lå utenfor den foreliggende sak (se s 132 nederst og 133 øverst).

862.Se dog punkt 17.8 nedenfor om Fallskjermhoppersaken i Rt 1986 s 292.

tel III, spesialisthelsetjenesteloven kapittel 6, lov om psykisk helsevern kapittel V, kommunehelsetjenesteloven kapittel 5, tannhelsetjenesteloven kapittel 5 og sosialtjenesteloven kapittel 11. Undertiden finnes også bestemmelser som gir offentlige myndigheter adgang til å kreve noe vederlag for tjenestene. Man kan reise spørsmål om denne type bestemmelser utelukker regress overfor tredjemann.

Etter vår mening kan dette ikke antas. Disse finansielle reguleringsbestemmelsene må ses dels som et prinsipielt uttrykk for at helse- og sosialomsorgen i første rekke er tillagt det offentlige, hvorved utgiftene primært bæres av det offentlige i motsetning til den enkelte *pasient* eller *pleietrengende* – altså en fokusering på relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, jf også prinsipputtrykket i pasientrettighetsloven § 2-1. Men først og fremst klargjør bestemmelsene den nærmere ansvarsfordelingen mellom ulike involverte offentlige organer. Bestemmelsene tar derimot ikke sikte på å regulere erstatnings- eller regressspørsmål overfor en eventuelt erstatningsansvarlig tredjemann.

Men kan det sies å stride mot selve grunntanken eller ideologien bak de norske offentlige velferdsordningene, herunder sykebehandlingstilbudet, at regningen sendes videre til en eventuell erstatningsansvarlig skadevolder?<sup>863</sup> Et kjerneformål og ideal i dette omsorgssystemet er individenes likeverdige rett til nødvendige helsetjenester, uavhengig av inntekt, formue eller posisjon.<sup>864</sup> Det sentrale i forbindelse med helsetjenestene og andre omsorgsytelser, er som det store utgangspunkt tjenestebehovet og behovet alene, uavhengig av skyld- og ansvarsforhold eller andre omstendigheter.

Det kan reises spørsmål om en regressadgang kan sette dette likhetsprinsippet i fare, for eksempel slik at sykehusbehandling av regressberettigede pasienter blir prioritert fremfor de pasienter som ikke bringer med seg en erstatningsansvarlig tredjemann. Faren for slik forskjellbehandling synes å stå sentralt i en byrettsavgjørelse fra 1999, *Skoland sak II*, hvor retten avviste at Flekkefjord kommune kunne kreve erstatning hos trafikkkforsikreren for kommunens ulike omsorgsutgifter til en trafikkskadet person.<sup>865</sup> Det er imidlertid vanskelig å se at en mulig risiko for forskjellsbehandling i enkelttilfelle skal kunne begrunne et alminnelig regressforbud for kommunene og fylkeskommunene på velferdsrettens område.

For det første fremstår det som lite aktuelt for tjenestemottaker og den offentlige tjenesteytende person eller instans å bringe et eventuelt regressspørsmål inn i avgjørelsen av hvorvidt og hvordan omsorgstjenester skal ytes. Erstatningsspørsmålet vil stort sett betinge nærmere undersøkelser av saksforholdet og vurdering av rettsregler, og vil typisk måtte skje helt uavhengig og i etterkant av vurderingen av omsorgsbehovet. Dette må i særlig grad antas å gjelde for sykehusbehandling, hvor behovet for behandling i det store og hele vil være meget konkret og til tider akutt.

863.Se også diskusjonen mellom Jerstad (Jerstad 1996 og Jerstad 2000) på den ene siden og på den andre siden Gulestøl 1996 og Andresen 2000.

864.Se for eksempel Velferdsmeldingen 1995 s 11-13 og proposisjon til statsbudsjett 1999 s 1.

865.RG 1999 s 1431 (Oslo byrett). Se især s 1449-1450. Byrettens avgjørelse ble først påanket av kommunen, men anken ble senere trukket idet kommunen ikke fant å ha midler til å føre saken videre. Saken har vært et «etterspill» til Høyesteretts avgjørelse i Skoland-saken (Rt 1993 s 1547) om omfanget av den trafikkskaddes økonomiske tap.

For det andre er det slik at all den stund vi står overfor administrasjon av begrensede ressurser med hensyn til den offentlige omsorgsyttelse, må det være tilstrekkelig å slå fast at prioritering ut fra mulighetene av å få gjennomført regress, vil utgjøre usaklig forskjellsbehandling. En slik diskriminering vil, her som ellers, kunne være ansvarsbetingende for det offentlige. Det er grunn til å påpeke at en regressadgang jo også vil kunne frigjøre midler, og således kunne bedre det offentliges tilbud.

En annen innvending mot en offentlig regressadgang på velferdsrettens område, er de økonomiske konsekvenser dette vil kunne få for private virksomheter, for eksempel forsikringsselskapene, og dermed i siste hånd den enkelte forsikringstaker som vil bli avkrevd høyere forsikringspremier. Riktignok bør forsikringsselskaper ikke for raskt fritas for ansvar, under henvisning til at forsikringspremiene vil kunne øke, hvis først ansvaret er en naturlig del av deres risikoområde. Men en alminnelig regressadgang for ulike velferdsytelser, og kanskje til og med rutinemessig fremmelse av regresskrav fra offentlig myndigheters side mot forsikringsselskaper og andre virksomheter, kan føre til at finansieringsbyrden for velferdssystemet som sådan i en viss grad skiftes til enkeltaktører i den private sektor. Det kan anføres at dette harmonerer dårlig med det offentlige lovpåttede omsorgsansvar som er etablert.

På den annen side er det allerede innført refusjonsordninger i forbindelse med trafikk- og yrkesskader som i realiteten innebærer en delvis forflytning av finansieringsansvaret fra det offentlige til den aktuelle private virksomhet på disse områdene (se nærmere i punkt 17.5.5 ovenfor). Til grunn for disse refusjonsordningene ligger erkjennelsen av at enkelte typer av virksomheter og skadeårsaker rammer så mange mennesker og aktualiserer et så bredt spekter av offentlige velferdsytelser, at det ikke nødvendigvis er mulig eller rimelig at allmennheten i siste hånd bærer finansieringsansvaret. Riktignok gjelder disse refusjonsordningene foreløpig bare trygdeytelser, men det er reist spørsmål – blant annet under forberedelsen til refusjonsordningene – om man ikke bør vurdere tilsvarende ordninger for andre velferdsytelser, for eksempel sykehustjenester.<sup>866</sup> Dette må bety at regressavskjæring for offentlige myndigheter i hvert fall ikke anses som noe generelt eller absolutt prinsipp på velferdsrettens område.

Det er likevel en forskjell mellom – på den ene siden – refusjonsordninger basert på pulverisering gjennom mange involverte aktører, og – på den andre siden – fullt erstatningsansvar som gjøres gjeldende mot private enkeltpersoner eller enkeltvirksomheter. Det kan kanskje fremstå som en lovgiveroppgave å bane vei for tilbakesøkningsaksjoner mot individuelle tredjemann helt generelt innen den offentlige velferdsordning kun på det grunnlag at det foreligger et eller annet ansvarsgrunnlag. På den annen side har domstolene lang tradisjon for å føre an i rettsutviklingen på erstatnings- og obligasjonsrettens område, og den rettspraksis som er gjennomgått i punktene 17.2.4 til 17.2.6 og punkt 17.6.2 ovenfor, kan tale for en erstatningsadgang for sykehusene.

Spørsmålet er sammensatt, og det synes vanskelig og gi et generelt og absolutt svar på om det offentlige har adgang til å kreve erstatning for velferd-utgifter. Tilfellene varierer, og meget kan tale for å nyansere ut fra type

866. Se for eksempel NOU 1984: 10 (Trygdefinansieringutvalget) s 123 sp 2, NOU 1987: 25 (Sykehustjenesteutvalget) s 118 og St meld nr 12 (1988-89) s 241 sp 2.

velferdsytelser, skadens omfang, ansvarssubjekt og ansvarsgrunnlag, jf nærmere i de to neste punktene om tobakksskader og sykehusutgifter spesielt.

### **17.7 Står tobakk i en særstilling i forhold til andre produkter og virksomheter som volder skade? De objektive forhold – særlig sett i relasjon til sykehusutgifter**

---

#### **17.7.1 Innledning**

Den tidligere omtalte *Skoland-sak II* kan være et utgangspunkt for sammenligning mellom tobakksprodukter og andre skadevoldende produkter, og for å illustrere hvilke særlige forhold som gjør seg gjeldende i forbindelse med tobakksbruk. Saken dreide seg om hvorvidt Flekkefjord kommune kunne kreve erstatning av et bilforsikringsselskap for de utgifter som kommunen ville få i forbindelse med omsorgstilbud til en alvorlig trafikkskadet ungdom. Som nevnt i punkt 17.6.3 ovenfor ble kravet ikke imøtekommet av Oslo byrett, blant annet under henvisning til at det tilligger kommunen alene å finansiere de omsorgsyttelser som kommunen i henhold til lov er forpliktet til å yte innbyggerne.<sup>867</sup> Siden det dreier seg om en førsteinstansavgjørelse må dommen som utgangspunkt tillegges begrenset rettskildemessig vekt. Poenget i det følgende er imidlertid å vise at uansett hvordan man måtte stille seg til dommens begrunnelse, så står tobakksindustrien og tobakksprodukter i en annen stilling.

Tilsynelatende er problemstillingen i bilregressaken meget parallell til spørsmålet om offentlig erstatningsadgang i forbindelse med sykehusbehandling av tobakksskader. I begge tilfelle er det spørsmål om pålegge tredjemann et finansieringsansvar for velferdsytelser, og i begge tilfelle bygger kravet på et objektivt ansvarsgrunnlag, det vil si ansvar for tredjemann ut fra det forhold at et produkt volder skade, uavhengig av eventuelle skyldforhold hos den erstatningsansvarlige.

Om betydningen av et eventuelt skyldmoment i tillegg når det gjelder tobakksselskapene, se nærmere i punkt 17.8 nedenfor.

Spørsmålet om erstatningsansvar for tobakksprodusentene overfor offentlige myndigheter skiller seg imidlertid fra spørsmålet om bilskaderegress, og regress for eventuelle skadevirkninger av andre produkter, i flere viktige henseende.

#### **17.7.2 Tobakksskader som naturlig driftsrisiko og driftsutgift for tobakkselskapene**

Tobakksselskapene står i et helt annet forhold til tobakksskader enn det for eksempel forsikringsselskapene gjør i forhold til bilskader. Forsikringsselskapene inntar virkelig en stilling som utenforstående tredjeperson hva angår den skaderisiko som bilbruk representerer. Tobakksselskapene på sin side,

---

<sup>867</sup>RG 1999 s 1431. Byrettens avgjørelse ble først påanket av Flekkefjord kommune, men anken ble senere trukket idet verken kommunen eller Kommunenes Sentralforbund (som hjelpeintervenient) fant å ha midler til å føre saken videre.

som står for produksjonen og salget av det skadevoldende produkt og som oppebærer fortjenesten av forbruket, står i et helt annet og direkte forhold til de skader som med nødvendighet følger med produktet.

I dette ligger det ikke nødvendigvis noe galt eller noen klandring av tobakksindustrien. Poenget er at det i en erstatningsrettslig avveining av de berørte interesser synes rimelig å nyansere mellom tilfellene, blant annet ut fra et synspunkt om hva som fremstår som en naturlig virksomhetsrisiko og utgift for vedkommende bransje. Når et forbruksprodukt med nødvendighet fører med seg skade, synes det som utgangspunkt riktig at kostnadene som dette innebærer, tilligger vedkommende produsent og ikke andre, jf også prinsippene om ugrunnet berikelse. I den grad det offentlige blir berørt, møter vi imidlertid igjen på innvendingen om det offentliges særskilt påtatte ansvar for helsehjelp og omsorgsyntelser, herunder sykehusbehandling. Dette leder over i neste moment:

### 17.7.3 Tobakksprodukters skadeomfang

Tobakksprodukter skiller seg fra andre skadevoldende produkter, herunder bilbruk, i første rekke ved sitt skadeomfang. I skadeomfang er det intet produkt som på langt nær kan måle seg med tobakksprodukter, verken med hensyn til antall skadetilfeller eller typer av skadevirkninger. Hva angår antallet årlige dødsfall viser beregninger at tobakksbruk i Norge står for omkring 7 500, mens for eksempel bilbruk til sammenligning forårsaker 250–400 dødsfall og alkohol og alkoholskader direkte forårsaker omkring 350–400 dødsfall.<sup>868</sup>

Det er naturligvis en viss usikkerhet forbundet med disse tallene. Og når det gjelder alkohol spesielt vil kanskje enkelte peke på de skader som indirekte følger i kjølvannet av alkoholbruk og som vanskelig engang kan tallfestes skjønnsmessig. Men tilsvarende innvendinger kunne ha vært gjort gjeldende i forbindelse med tobakksbruk, hvor for eksempel virkningene av passiv røyking ganske sikkert innebærer at dødstallene er enda høyere.<sup>869</sup> En nøyaktig tallfesting vil alltid være vanskelig, kanskje endog umulig, men det kan ikke være tvil om at tobakkens skadevirkninger dominerer sterkt i forhold til andre produkters skadevirkninger.

Det kan således utvilsomt legges til grunn at tobakksskader står i en særklasse i forhold til andre produkters skadevirkninger med hensyn til å legge beslag på sykehustjenester. Knut Ringen har kommet til at de årlige behandlingsutgifter i forbindelse med tobakksskader i Norge utgjør 2,3 milliarder kroner. Se vedlegg 3 til 5.

Viktig er det samlede skadeomfang, men det er også grunn til å understreke at tobakksprodukter skiller seg fra andre produkter ved at de etter sin art medfører skade; eller som det til tider gjerne sies: Tobakk er det eneste lovlig forbruksprodukt som ved normal bruk og bruk i henhold til sitt formål forårsaker skade og død. Legevitenskapen har ikke kunnet påvise noen nedre

868. Tallene er hentet fra Sanner 1992, Sanner 1994, Norges offisielle statistikk over dødsårsaker 1995 (utgitt november 1998) samt opplysninger fra Statens tobakksskaderåd. Se også kapittel 3 ovenfor for en kort oversikt over hvilke helseskader som tobakksbruk medfører.

869. Se særlig Sanner og Dybing 1996.

terskel for når tobakksbruk er helsemessig ufarlig. Skade er altså en typisk (og nødvendig) følge av tobakksbruk, ikke bare en bivirkning. Til sammenligning er for eksempel alkohol bare skadelig i misbruksmengder, og ved bilbruk representerer skadevirkningene sporadiske ulykkestilfelle som samlet sett er ganske marginalt i forhold til bilbrukens omfang. Tobakksbrukens belastning på sykehusbudsjettene må således sies å være en meget typisk og nærliggende følge av produksjonen og salget av tobakksvarer.

Tobakksprodukter skiller seg altså så markert fra andre skadevoldende produkter i vårt samfunn at det kan tale for å sette tobakk i en særstilling også i erstatningsrettslig sammenheng.

I debatten omkring tobakk og røyking ser man undertiden positive og negative sider ved tobakksbruk holdt opp mot hverandre og slutninger trukket ut fra dette. På minussiden er først og fremst de helsemessig svært uheldige virkninger av tobakksbruk, både graden av farlighet og omfanget av skadevirkninger. På plussiden kan det kanskje nevnes at tobakk later til å kunne tilfredsstille et behov for stimuli hos mennesket, samt dens sosiale og symbolske verdier. Ofte fremheves det også at tobakk har en avslappende, stressnedsettende og vektregulerende virkning.

Slike «kost-nytte» vurderinger, hvor negative og positive sider søkes definert og sammenlignet, kan nok ha betydning i samfunnspolitisk sammenheng. Men i en rettslig vurdering av erstatningsspørsmål i forbindelse med tobakksproduksjon fremstår denne type verdisammenligninger som lite presise og vanskelige å anvende, og vi vil vike tilbake for å bygge noe argument på dette her.

#### **17.7.4 Praktiske hensyn i forbindelse med eventuell gjennomføring av regress ved tobakkskader**

De administrative hensyn som ble anført for regressavskjæring for trygdemyndighetene slår ikke til når det gjelder tobakksrelaterte sykehusutgifter. Selv om det også i forbindelse med tobakkskader vil kunne oppstå vanskelige beregningsspørsmål, er problemstillingen meget mer begrenset og mer konkret enn spørsmålet om en alminnelig regressadgang mot alle mulige skadevoldere. Det er ikke nødvendigvis store kostnader forbundet med å fremme erstatningskrav overfor tobakkselskapene. I praksis kan man tenke seg flere ordninger, for eksempel årlige krav basert på en bestemt utregningsmodell, for eksempel en prosentsats av de samlede behandlingsutgifter.

Videre er det et annet og meget mer direkte forhold mellom offentlige myndigheter og tobakksindustrien enn de tilfeller som diskuteres i forbindelse med regressavskjæring for trygden m m. Et krav mot tobakksindustrien om å dekke noe av sykehusenes behandlingsutgifter vil være et eventuelt skadeoppgjør mellom det enkelte tobakkskadede individ og tobakkselskapene uvedkommende, og vil således ikke innebære noe forstyrrende element. Det er ikke tale om noen konkurransesituasjon mellom det offentliges erstatningskrav og individets krav, men snarere om et direkte anliggende mellom det offentlige og tobakkselskapene. Det er heller ikke tale om å gjøre ansvar gjeldende overfor en privatperson, men i stedet et spørsmål om å få refundert en utgiftsbelastning som med nødvendighet følger med tobakkselskapenes virksomhet.

Det er i denne forbindelse verdt å fremheve at regressavskjæringsregelen i skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd for trygdeytelser ikke ble innført for å lette et mulig erstatningsansvar for tredjemann.<sup>870</sup> Det er i det hele tatt lite eller intet i de legislative hensyn bak regressavskjæringsregelen for trygdeytelser som tilsier at erstatningsadgangen for sykehusutgifter i forbindelse med tobakksskader også bør være avskåret.

#### **17.7.5 Økonomisk betydning av erstatningadgang for det offentlige ved tobakksskader**

En hovedbegrunnelse for å avskjære regressadgang for trygdeytelser var at erstatningskravene i alle fall ville spille en meget ubetydelig rolle for trygdens finansiering. Philipson-utvalget kom til at det kun var tale om promille av trygdens samlede utgifter.<sup>871</sup> Det kan i dag kanskje reises spørsmål ved disse beregningene, men det må iallfall kunne sies at de tobakksrelaterte sykehusutgifter står i en helt annen stilling.

Økonomiske beregninger fra USA konkluderer jevnt med at tobakksskader representerer omkring 7 % av de samlede offentlige utgifter til sykehusdrift.<sup>872</sup> Dette kapitlet må ses i sammenheng med beregningene av hvor store utgifter sykehusene har i forbindelse med tobakksskader, inntatt som vedlegg til utredningen. Se vedlegg 3 fra Knut Ringen, vedlegg 4 fra Statens helseundersøkelser og vedlegg 5 fra SINTEF.

Beregningene bygger på omkring 20 sykdomsdiagnoser som er bredt anerkjent av legevitenenskapen som tobakksrelaterte. På bakgrunn av disse diagnosene er det så forsøkt fastslått hvilken andel som kan tilskrives daglig røyking, fordelt blant annet etter kjønn, alder og fylke. Av beregningene i vedlegg 3 fra Knut Ringen fremgår det at de årlige kostnadene til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer ved fylkeskommunale sykehus i Norge, til sammen antas å utgjøre ca 2,3 milliarder kroner.

#### **17.7.6 Avslutning**

Avslutningsvis i dette punkt må det kunne konkluderes med at tobakksprodukter objektivt sett står i en slik særstilling i forhold til andre skadevoldende produkter at det selv innenfor en eventuell meget snever unntaksregel i vårt velferdssystem er gode grunner for å tillate offentlige myndigheter å kreve erstatning for sine utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus. Det må dog erkjennes at det er vanskelig å gi et sikkert svar på hvordan våre domstoler vil stille seg til et slikt erstatningskrav. Det er spesielt viktig å understreke at en adgang for offentlige myndigheter til å kreve erstatning av industrien for sykehusutgifter ikke nødvendigvis er forbundet med uoversiktlige konsekvenser med hensyn til hvordan grensen mot andre skadevoldende produkter skal trekkes, og at en åpning for slike krav heller ikke kan sies å sette grunnleggende offentlige velferds- og omsorgsprinsipper på prøve.

870.Se også Rt 1982 s 814 på s 816 og Rt 1986 s 381 på s 385.

871.Philipson-utvalget 1967 s 8-10.

872.Se blant annet Warner et al 1999 med henvisninger, samt redegjørelsen fra Knut Ringen i vedlegg 3, punkt 6.1.

### 17.8 Betydningen av eventuelle skyldforhold på tobakksindustriens side

Vi har til nå først og fremst sett på spørsmålet om skadevirkningene av tobakk i seg selv kan berettigje et offentlig erstatningskrav for sykehusutgifter. Her skal vi se på hvilken betydning eventuelle skyldforhold kan få for vurderingen av erstatningsspørsmålet. At ansvarsgrunnlaget eller skyldgraden vil kunne ha betydning for vurderingen av hvorvidt det offentliges utgifter til velferds- og omsorgstjenester er erstatningsrettslig vernet, er lagt til grunn av Høyesterett i *Fallskjermhoppersaken* fra 1986.<sup>873</sup> Spørsmålet i saken var om staten kunne kreve erstatning for redningsutgifter av to fallskjermhoppere som sommeren 1981 hadde satt utfor Trollveggen i Romsdal.<sup>874</sup>

Høyesterett la til grunn at det offentlige som hovedregel selv måtte bære omkostningene ved redningsaksjoner, men at det likevel måtte være adgang til å kreve erstatning hvis redningsaksjonen var nødvendiggjort ved grov uaktsom opptreden. Etter Høyesteretts mening fulgte dette av ulovfestet erstatningsrett, særskilt lovhjemmel var ikke påkrevd. Høyesterett fant at fallskjermhopperne hadde utvist grov uaktsomhet ved å hoppe fra Trollveggen og tilkjente staten erstatning.<sup>875</sup> Staten hadde begrenset sitt krav til de særskilte ekstrautgifter den hadde hatt til å engasjere bistand fra private hjelpere under redningsaksjonen (helikoptre og klatrere), men Høyesterett presiserte i et *obiter dictum* at det ikke hadde vært nødvendig å begrense refusjonskravet slik.<sup>876</sup>

*Fallskjermhoppersaken* gjaldt det offentliges adgang til å kreve betaling for omsorgstjenester hos tjenestemottaker selv, ikke spørsmålet om erstatningsadgang hos en eventuelt ansvarlig tredjemann. Saken er likevel av interesse i vår sammenheng fordi det bærende synspunkt i Høyesterett er skyldgraden som begrunnelse for en særskilt refusjonsadgang for det offentlige på omsorgstjenestenes område. Det er ingen grunn til å tro at saken ville ha stått i en prinsipielt sett annen stilling dersom forholdene hadde ligget slik an at det hadde vært en tredjemann som ved grov uaktsomhet hadde nødvendiggjort redningsaksjonene.

Hvilke forhold er det så spørsmål om i forbindelse med et eventuelt skyldansvar for tobakksindustrien? Dette er drøftet grundigere i kapittel 12 ovenfor og vil derfor bare skisseres ganske kort her. Hovedspørsmålet er på den ene siden hvilke kunnskaper den norske tobakksindustri opp gjennom årene har eller burde ha hatt om sine produkters innhold, nærmere tilvirkningsprosess, avhengighetsskapende effekt og helseskadelige virkninger, og på den andre siden om denne informasjonen er holdt tilbake overfor forbrukere og myndigheter. Videre er det spørsmål om tobakksselskapene har oppfylt sin aktsomhetsplikt med hensyn til å forebygge helseskade og utvikle mindre helsefarlige produkter.

Selv om man i prinsippet skulle legge til grunn at offentlige myndigheter er avskåret fra å kreve erstatning for velferdsutgifter, herunder sykehusut-

873.Rt 1986 s 292.

874.Det hadde på dette tidspunkt ennå ikke vært noen dødsulykke i Trollveggen, og det var intet hoppeforbud.

875.For teoriens omtale av spørsmålet om erstatningsadgang for redningsomkostninger, se Krüger 1984 s 297-299, Lødrup 1999 s 55 og Nygaard 2000 s 60.

876.Rt 1986 s 292 på s 300.



gifter, kan det neppe antas at prinsippet er så absolutt at enhver opptreden og skyldforhold anses uten betydning. Så absolutt er vel og merke ikke engang den uttrykkelig regressavskjæringshjemmel i skadeserstatningsloven § 3–7 første ledd, som jo åpner for regress fra trygdemyndighetenes side hvis den erstatningsansvarlige forsettlig har forvoldt skaden. Denne type skyldgradsspørsmål går vi ikke inn på. Poenget er imidlertid at det offentlige velferdssystem og den omsorgsrolle som det offentlige i Norge har påtatt seg, på ingen måte kan anses å gi noen virksomhet immunitet mot erstatningsansvar overfor myndighetene dersom grove skyldforhold foreligger.

## **17.9 Enkelte andre konsekvenskvens- betraktninger**

---

### **17.9.1 Preventiv virkning av offentlig regressadgang ved tobakksskader**

Det kan ikke utelukkes at et erstatningsansvar for tobakksindustrien for sykehusutgifter kan ha preventiv virkning, for eksempel gi industrien et sterkt incitament til å utvikle helsemessig bedre produkter, eller til ikke å motarbeide offentlige tiltak som er helsemessig begrunnet.

I punkt 6.11 til 6.13 ovenfor har vi sett at den amerikanske tobakksindustri lenge forsøkte å redusere helsefarene ved sigarett røyking, men at forsøkene etter hvert stort sett ble oppgitt. Utover 1990-årene kan det spores en ny giv i dette arbeidet blant tobakksselskapene i USA, særlig på grunn av det erstatningsansvar som industrien har måttet møte.

Vi vil ikke gå nærmere inn på dette, men bare understreke at erstatningsansvar her – som på andre områder – kan virke forebyggende; altså bidra til at skadeforvoldelsen blir mindre i fremtiden.

### **17.9.2 Prisøkning på tobakksprodukter**

Et erstatningsansvar for tobakksselskapene vil naturligvis kunne medføre at prisen på tobakksprodukter øker. Prisøkning vil ramme den enkelte bruker, det vil kunne legge ytterligere grunnlag for et illegalt smuglermarked osv. På den annen side vil en prisøkning kanskje kunne ha en gunstig helsemessig effekt, for eksempel ved at tobakken gjøres vanskeligere tilgjengelig for unge mennesker. Dette er hensyn som offentlige myndigheter selvsagt kan ta i betraktning når det skal tas stilling til hvorvidt erstatning skal søkes eller ikke. I en rettslig vurdering av erstatningsadgangen må imidlertid disse hensynene etter vår oppfatning anses som utenforliggende.

## **17.10 Oppsummering**

---

Etter gjeldende rett er det intet krav om særskilt lovhjemmel for at en tredjepart skal kunne kreve erstatning for avledede følger som en annens personskade fører med seg. Vi har gjort rede for en rekke dommer fra Høyesterett som har gitt det offentlige rett til regress/erstatning for velferdsutgifter.

Etter skadeerstatningsloven § 3–7 har folketrygden og pensjonsinnretninger ikke rett til regress overfor skadevoldere. Denne bestemmelsen gir imidlertid ikke uttrykk for et generelt prinsipp på velferdsrettens område.

Etter vår mening kan den ikke benyttes som grunnlag for å avskjære sykehusseierne adgang til å kreve erstatning overfor tobakksindustrien.

Utstrekningen av skadevolders ansvar overfor tredjemann må som utgangspunkt vurderes ut fra alminnelige påregnelighets- eller adekvansbetraktninger. Det kan neppe være tvilsomt at sykehusutgifter for det offentlige i prinsippet er å anse som en påregnelig skadevirkning av tobakksselskapenes virksomhet.

Det kan fremstå som mer tvilsomt om et erstatningsansvar for tobakksindustrien for slike utgifter er forenlig med den plikt til å yte sykehustjenester som det offentlige har påtatt seg ved lov, og som i større sammenheng utgjør en grunnsten i en etablert målsetning om offentlig finansierte velferdsordninger. Det sentrale må her være at det offentliges omsorgsansvar overfor den enkelte ikke vedrører forholdet til en eventuell erstatningsansvarlig tredjepart. Og selv om man som utgangspunkt skulle anta en begrenset erstatningsadgang for det offentlige på velferdsrettens område, så står tobakksproduktene og deres skadevirkninger i en slik særstilling i forhold til andre skadevoldende virksomheter, at det også i erstatningsrettslig sammenheng kan være grunn til å sette tobakksprodusentene i en særstilling.

## Kapittel 18

**Rettslige utgangspunkter for beregningen av det økonomiske tap for offentlige sykehus****18.1 Problemstillinger**

---

I forbindelse med en eventuell erstatningsberegning oppstår det spørsmål med hensyn til den nærmere rettslige ramme om beregningen og med hensyn til hvilke faktorer som er relevante å ta i betraktning.

En første problemstilling er om et offentlig erstatningskrav overfor tobakksselskapene er å anse som et regresskrav eller som et helt selvstendig erstatningskrav. Avhengig av hvilke implikasjoner man måtte legge i kravsklassifiseringen, vil dette kunne ha betydning for tapsberegningen. Dette vil bli tatt opp i punkt 18.2.

En annen problemstilling er om det i en eventuell erstatningsberegning skal gjøres fradrag for de inntekter som staten har gjennom tobakksavgiften på tobakkssalget, og/eller om det skal gjøres fradrag for de mulige besparelser som staten har på at tobakksbrukere dør tidligere, for eksempel besparelser i forbindelse med pensjonsutbetalinger. Fra tobakkssøksmålene i utlandet kjenner man til at industrien har forsvart seg overfor offentlige myndigheter med at det offentlige har så vel inntekter som besparelser på tobakkssalget. Spørsmålene om dette kan tas i betraktning, vil kunne få avgjørende betydning for vurderingen av hvorvidt et eventuelt offentlig erstatningssøksmål er formålstjenlig. Disse spørsmålene vil bli drøftet i henholdsvis punkt 18.4 og 18.5.

En tredje problemstilling er om det har betydning for erstatningsberegningen at tobakksbrukerne, uavhengig av tobakksbruken, i alle tilfelle ville ha belastet helsesystemet en gang i sin alderdom? Dette er tema i punkt 18.6.

Dette kapitlet må ses i sammenheng med beregningene av hvor store utgifter sykehusene har i forbindelse med tobakksskader, inntatt som vedlegg til utredningen. Se vedlegg 3 fra Knut Ringen, vedlegg 4 fra Statens helseundersøkelser og vedlegg 5 fra SINTEF. Beregningene bygger på omkring 20 sykdomsdiagnoser som er bredt anerkjent av legevitenenskapen som tobakksrelaterte. På bakgrunn av disse diagnosene er det så forsøkt fastslått hvilken andel som kan tilskrives dagligrøyking, fordelt blant annet etter kjønn, alder og fylke. Av beregningene fra Knut Ringen fremgår det at de årlige kostnadene til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer ved fylkeskommunale sykehus i Norge, til sammen antas å utgjøre ca 2,3 milliarder kroner. Se vedlegg 3.

## 18.2 Erstatningskravets karakter – regresskrav og/eller selvstendig krav?

### 18.2.1 Problemstillingens betydning for tapsberegningen

Som vi har sett i kapittel 17 ovenfor, formuleres det ofte som et spørsmål om *regress* om offentlige myndigheter har adgang til å søke erstatning hos en skadevolder for utgifter som det offentlige har innen helse- og sosialomsorgen.<sup>877</sup> Men er nå egentlig regressbegrepet helt treffende her? Skal man, når det gjelder utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus, se det slik at det offentlige ved å yte helsehjelp på en måte *legger ut* for utgifter som den tobakksskadde ellers ville ha hatt og at det offentlige således påføres utgifter *på vegne av* den personlig skadelidte (regresssynsvinkelen)? Eller skal man se det slik at det offentlige ved å ha påtatt seg helseomsorgsoppgaven påføres utgifter *direkte* hver gang behandling for tobakksskader er påkrevd, og at det offentlige således gjør gjeldende et selvstendig formuerettslig krav overfor tobakksselskapene som eventuelt ansvarlig skadevolder?

Dette spørsmålet om kravets karakter *kan* få betydning for den økonomiske tapsberegning. Regresssynsvinkelen fokuserer i større grad på *det enkelte* underliggende skadeforhold hos det sykehusbehandlede individ enn hvis erstatningskravet ses som et selvstendig, om enn også avledet, krav på det offentliges hånd. Det er ikke nødvendigvis noen avgjørende forskjell mellom de to betraktningmåtene, men det avhenger av hvordan regresssynsvinkelen anvendes.

Hvis regresssynspunktet bygger på en *cessio legis*-betraktning – altså en betraktning om at det offentlige trer inn i og overtar det enkelte tobakksskadde individs eventuelle erstatningskrav overfor tobakksselskapene – så kan man tenke seg at det anføres at det offentlige må godtgjøre *det enkelte* individs sykehistorie i stedet for bare å kumulere alle behandlingsutgifter i ett samlet krav basert på statistiske tall om forekomsten og utbredelsen av sykdommer og skader som kan tilbakeføres til tobakksbruk. Regressbetraktningen *kan* således innby til en så konkret vurdering av erstatningskravet at rent statistisk og epidemiologisk dokumentasjon av det offentliges behandlingsutgifter anses som en utilfredsstillende godtgjøring av det økonomiske tap. Hvis det stilles så strenge krav til bevisførselen, vil det i praksis være uoverkommelig å påvise det samlede økonomiske tap og sykehusene vil i realiteten være avskåret fra å kreve slik full erstatning for tobakksskader.

Hvis sykehusene derimot må ses som en skadelidt med sitt eget, selvstendige formuerettslige tap, så er det neppe naturlig å knytte et eventuelt erstatningskrav til *den enkelte* underliggende syke- og behandlingshistorie, men i stedet i prinsippet godta en mer kollektiv beregningsmodell.

Under tobakksoppgjørene i USA ser det ut som om synsvinkelen på dette punkt er vekslende blant domstolene. I forbindelse med de delstatlige søksmål mot tobakksindustrien i 1994–1998, synes det som utgangspunkt å ha blitt akseptert at statene kunne basere sine økonomiske tapsberegninger på statistiske og demografiske modeller. I de store refusjonssøksmålene som senere er anlagt av forsikringsssel-

877. Se for eksempel skadeserstatningsloven § 3-7 nr 1 første punktum, Jerstad 1993 s 323-327 og Nygaard 2000 s 42-43.

skaper mot tobakksindustrien, ser det derimot ut til at domstolene foreløpig bygger på en nokså begrenset regressynsvinkel hvor fokus er rettet mer mot det enkelte individ og den enkelte underliggende sykehistorie enn mot forsikringsselskapenes interesse i å kumulere tapene i ett samlet refusjonskrav.<sup>878</sup>

### 18.2.2 Et uklart forhold mellom det selvstendige erstatningsgrunnlag på den ene siden og regress og subrogasjon/cessio legis på den andre siden

Begrepet «regress» brukes gjerne om den rett til tilbakesøkning av utgifter som tilkommer den som midlertidig har måttet oppfylle en forpliktelse som egentlig påhviler en annen.<sup>879</sup> Typiske eksempler er kausjonistens regress mot hoveddebitor etter at kausjonsansvaret er gjort gjeldende av kreditor, forsikringsselskapets regress mot skadevolder etter at forsikringsselskapet har måttet kompensere skadelidte for sitt tap, og sameierens regress mot de øvrige sameierne på bakgrunn av utlegg han har hatt til nødvendig vedlikehold av sameietingen.

Som disse eksemplene illustrerer, brukes regressbegrepet i det store og hele bare innenfor en treparts- og andre flerparts-konstellasjoner, hvorved regressen fremstår som en sekundær og endelig ansvars plassering. På den ene siden er regressomgangen et sekundært oppgjør fordi den regressberettigede allerede har oppfylt eller er i ferd med å oppfylle, helt eller delvis, en forpliktelse overfor tredjemann. På den andre siden fungerer regressen som en endelig ansvars plassering fordi den regressberettigede søker sine utgifter tilbake hos den som etter det underliggende rettsforhold skal oppfylle eller skulle ha oppfylt forpliktelsen, helt eller delvis, overfor tredjemann.

I den juridiske litteratur er det nettopp i slike treparts- og andre flerparts-konstellasjoner at regressbegrepet brukes. I pengekravsretten knyttes regressbegrepet gjerne til den interne ansvarsfordeling mellom flere samskyldnere.<sup>880</sup> Også i eldre erstatningsrettslig litteratur ble regressbegrepet i det store og hele brukt i forbindelse med samskyldnerforhold.<sup>881</sup> I nyere erstatningsrettslig teori synes regressbegrepet å bli brukt i videre betydning, nærmest som synonym til utgiftsrefusjon på bakgrunn av utlegg på vegne av den egentlig ansvarlige.<sup>882</sup> Også i kontrakts- og garantirettslig litteratur benyttes regressbegrepet gjennomgående i sammenheng med treparts-konstellasjoner, for eksempel ved kausjon, intervensjonsbetaling/negotiorum gestio og forsikringsdekning.<sup>883</sup>

I nær sammenheng med regress taler man ofte om subrogasjon eller cessio legis, dels som en form for regress og dels som en begrunnelse for regress.<sup>884</sup> Den ulovfestede lære om subrogasjon/cessio legis («overdragelse i kraft

878. Om disse forsikringssakene i USA, se punkt 9.5 ovenfor.

879. Regressbegrepet brukes også som betegnelse på selve tilbakesøkningsaksjonen.

880. Se for eksempel Krüger 1984 s 293-294 (Krüger omtaler imidlertid også flere andre regressituasjoner), Villars-Dahl 1992 s 32-34, Bergsåker 1994 kapittel VI og Torvund 1997 kapittel 27.

881. Stang 1919 s 328-329, 332-333 og s 377-378, Øvergaard 1951 s 256-264, C. Smith 1961 og Andersen 1976 s 397-403.

882. Se for eksempel Nygaard 2000 s 42-43 sammenholdt med s 398-408.

883. Se for eksempel C. Smith 1981 paragraf 19 og C. Smith 1997 s 101-107, Arnholm 1978 s 142-151, Augdahl 1978 kapittel 37 og 38, Krüger 1984 s 295-296 og Selmer 1982 kapittel 8.

av loven»), går ut på at den som har oppfylt en annens forpliktelse, etter omsendighetene gis rett til å søke utlegget tilbake fra hoveddebitor ved å *tre inn* i kreditors krav på hoveddebitor. Begrepene subrogasjon og *cessio legis* betegner den konstruksjon at den regressberettigede gis rett til tilbakesøkn-  
ing *som om* kravet var blitt overført (cedert) fra kreditor til den regressberet-  
tigede.

En motsetning til regress, herunder subrogasjon/*cessio legis*, er det selvstendige erstatningskrav i topartsforholdet mellom skadelidt og skadevolder. Det er altså et erstatningskrav som ikke utleder sin berettigelse av et underliggende forhold mellom en annen skadelidt og skadevolder.

Et eventuelt krav fra sykehus om erstatning for utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer, synes å stå i en mellomstilling. Ved første øyekast kan det se ut som om vi står overfor den typiske treparts-konstellasjon som særpreger regressituasjonen. Kravet er avledet av et underliggende forhold, nemlig det enkelte tobakksskadde individ som er behandlet for sine tobakksskader på sykehus, og det er tale om en endelig ansvarsplas-  
sering hos en annen ansvarlig. Det forhold at kravet bygger på en avledet ska-  
defølge er, isolert sett, ikke noe særtrekk ved regresskrav. Det som gjør regressbetegnelsen nærliggende, er særlig det forhold at regningen for behandlingsutgifter søkes videresendt til en annen presumptivt ansvarlig skadevolder.

På den andre siden er det ikke tale om et krav som bygger på at sykehu-  
sene midlertidig har lagt ut for utgifter som det enkelte tobakksskadde individ normalt skulle ha båret. Sykehusbehandlingen er jo en helsehjelp som i vårt land stort sett tilbys og finansieres av det offentlige. Det er derfor heller ikke slik at sykehusene er blitt påført utgifter som sykehusene ellers ikke skulle ha hatt når det først har foreligget et behandlingsbehov. Ettersom det offentlige helsevesen ved lov er pålagt å tilby nødvendig sykehusbehandling, er det tale om et erstatningskrav på grunnlag av det forhold at det gjennom tobakksbruk er skapt et behandlingsbehov og at dette i sin tur *direkte* har påført sykehu-  
sene utgifter, om enn påtatte utgifter. Det er altså ikke tale om utgifter som det enkelte individ *selv* kunne ha krevet fra tobakksindustrien. Her skiller syke-  
husutgifter seg fra for eksempel slikt som sykepenger eller uførepensjon etter folketrygdloven, som er økonomisk kompensasjon for henholdsvis midlerti-  
dig eller varig tap av ervervsevne. Et eventuelt erstatningskrav fra sykehus mot tobakksindustrien trenger således ikke å utlede sin berettigelse og sitt grunnlag fra et underliggende forhold mellom den tobakksskadde og tobakksindustrien, og slik sett fremstår ikke kravet som et *sekundært* oppgjør.

Tap av ervervsevne kan tenkes å begrunne en rekke erstatningskrav fra den skadelidte selv, for eksempel erstatning for den del av lønnsbortfallet som overstiger den trygderettslige kompensasjonsgrense. Videre kan det tenkes at skadelidte krever erstatning for ut-  
gifter til *privat* sykehusbehandling, ved behandling i inn- og utland som ikke dekkes av fylkeskommunen, primærkommunen eller folket-  
rygden. Men da bortfaller vår problemstilling. Det private sykehuset og den privatpraktiserende behandler som mottar betaling fra sin

884. Se for eksempel C. Smith 1981 s 270-271 og s 273 og C. Smith 1997 s 101, Krüger 1984 s 137-140, Bergsåker 1994 s 170-172 og Nygaard 1999b s 219-221.

pasient, kan selvsagt ikke fremme noe krav overfor den erstatningsansvarlige. Et eventuelt refusjonskrav tilkommer da skadelidte selv.

Til resonnementet om at det ikke er tale om noe sekundært oppgjør, kan det innvendes at realiteten i vårt offentlig finansierte helsevesen nettopp er at sykehusene legger ut for pasientenes behandlingsutgifter. Det koster jo penger å drive sykehus, og hvis behandlingen ikke var finansiert av det offentlige, så måtte jo regningen ha blitt betalt av pasienten selv, eventuelt av hans forsikringsselskap. Fra en slik synsvinkel kan det tales om et helsesystem som bygger på at det offentlige legger ut for pasientens behandlingsutgifter. Og da blir det også naturlig å se et eventuelt erstatningskrav fra det offentlige mot en ansvarlig skadevolder som et regresskrav.

Hvorvidt et eventuelt erstatningskrav for sykehusutgifter skal kategoriseres som et selvstendig krav eller som et regresskrav, kan således være noe av smakssak. I bunn og grunn er det vel egentlig et spørsmål om valg mellom to alternative synsvinkler og ikke et absolutt «enten-eller». Det vesentlige her er at sykehusenes eventuelle erstatningsadgang materielt sett, *ikke* kan begrenses til den typiske regressituasjon i form av subrogasjon eller *cessio legis*.

Subrogasjon eller *cessio legis* betyr som nevnt ovenfor at den regressberettigede tillates å overta kreditors krav på hoveddebitor. Overført til vår problemstilling vil subrogasjonsbetraktningen innebære at det offentlige (den regressberettigede), som har betalt for behandlingen av tobakksskader, i neste omgang tillates å tre inn i pasientens (kreditors) eventuelle krav overfor tobakksindustrien (hoveddebitor). En slik inntredelse eller overtakelse av en annen persons erstatningskrav betinger imidlertid en nær sammenheng mellom regressgrunnlaget og grunnlaget for det kravet som overtas. Problemet i vårt tilfelle er at denne sammenheng mangler ettersom det offentlige har påtatt seg å dekke utgiftene ved sykehusdrift. Sykehuset kan ikke kreve regress av tobakksindustrien under henvisning til at de trer inn i den enkelte tobakksskaddes eventuelle erstatningskrav mot industrien. Den tobakksskadde mottar jo sykehusbehandlingen vederlagsfritt, og vedkommende har da intet økonomisk tap å gjøre gjeldende overfor tobakksindustrien hva angår behandlingsutgifter. Den tobakksskadde kan nok tenkes å fremme andre krav overfor tobakksindustrien, for eksempel erstatning for inntektstap på grunn av sykdom. Men sykehusene på sin side kan selvsagt ikke overta og dermed frata individet dette kravet under henvisning til at sykehuset har hatt utgifter til behandling. Skulle man bygge på en *cessio legis*-betraktning, måtte synspunktet være at *dersom* skadelidte ikke hadde mottatt sykehusbehandlingen vederlagsfritt, så ville han ha hatt utgifter, og fylkeskommunene refusjonsrett måtte da bygge på overtakelse av dette tenkte erstatningskrav på skadelidtes hånd. Men et slikt synspunkt fremstår som konstruert, særlig når selve helsesystemet er basert på at det offentlige skal tilby det enkelte individ vederlagsfri sykehusbehandling. Man kan kanskje si det slik at ettersom det offentlige har påtatt seg å dekke utgiftene til sykehusdrift, så foreligger det intet slikt forhold mellom sykehuset og den behandlingstrenghende at forholdet naturlig underbygger en *cessio-legis*-relasjon overfor en eventuell ansvarlig skadevolder.

På denne bakgrunn kan det etter vårt skjønn synes mest korrekt, prinsipielt sett, å betrakte et eventuelt erstatningskrav for behandling av tobakksre-

laterte skader og sykdommer på sykehus som et selvstendig erstatningskrav. Det må imidlertid erkjennes at grensen mellom et selvstendig erstatningskrav for formuetap på den ene siden og et regresskrav på den andre siden, er uklar i vårt tilfelle. Om ikke annet er et slikt erstatningskrav regress *lignende*. Ordbruken her er selvsagt ikke vesentlig. Det som imidlertid er av betydning, er hvilke rammer man stiller opp om tapsberegningsspørsmålet. Poenget her er at det ikke kan være påkrevd å se et slikt eventuelt erstatningskrav fra sykehus som et krav som i sitt grunnlag eller beregning må bygge på en godtgjøring av *hvert enkelt* underliggende behandlingstilfelle. Det statistiske og epidemiologiske materiale som i dag finnes om tobakksbrukens skadevirkninger, anses av legevitskapen som overveldende dokumentasjon av årsakssammenheng. Dette materialet må aksepteres som tilfredsstillende også innenfor de mer beskjedne krav til sannsynliggjøring av årsakssammenheng og økonomisk tap som rettsreglene stiller.

Konklusjonen må således være at det rettslig sett ikke er noe prinsipielt i veien for et statistisk belagt erstatningskrav med hensyn til fylkeskommunenes utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus.

### 18.3 Spørsmålet om fordelsfradrag – utgangspunkter

---

Som hovedregel skal det i erstatningsutmålingen gjøres fradrag for eventuelle økonomiske fordeler som skaden fører med seg for den skadelidte, jf det ulovfestede prinsippet *compensatio lucri cum damno*.<sup>885</sup> Legislativt bygger prinsippet på at skadelidte ikke skal tjene på skaden, men kun kompenseres for sitt reelle økonomiske tap. Økonomiske fordeler som følge av en skade kan være berikelser, for eksempel ytelser fra en tredjeperson, eller besparelser, for eksempel sparte reiseutgifter i forbindelse med det arbeid som man etter skaden ikke lenger kan utføre. For å komme i betraktning i utmålingen er det et krav at den økonomiske fordel virkelig er en følge av skaden (vilkåret om årsakssammenheng) og at den økonomiske fordel har en slik relasjon til skaden, for eksempel ved sitt grunnlag eller formål, at det fremstår som rett og rimelig å gjøre fradrag til fordel for den erstatningsansvarlige (vilkåret om kompensasjonsrelevans).<sup>886</sup>

Prinsippet om fordelsfradrag er altså ikke absolutt. Det har alltid vært lagt til grunn at prinsippet om fordelsfradrag ikke kan anvendes reservasjonsløst, men at det i bunn og grunn beror på en konkret vurdering, særlig av hva som i forholdet mellom skadevolder og den skadelidte fremstår som rimelig å ta i betraktning. Det er for eksempel antatt at det ved erstatningsutmålingen i forbindelse med uberettiget strafforfølgning («justismord») ikke skal gjøres fradrag for skadelidtes sparte utgifter til kost og losji under fengselsoppholdet.<sup>887</sup>

Disse generelle fradragsprinsippene kommer også til uttrykk i skadeserstatningslovens særskilte regulering av hvorvidt trygdeytelser og forsikring-

885.Lødrup 1999 s 395-396 og Nygaard 2000 s 67-68, begge med henvisninger.

886.Lødrup 1999 s 396 og Nygaard 2000 s 67-68.

887.Uggerud 1998 s 286.



sutbetalinger skal tillegges betydning i erstatningsutmålingen ved personskade. Etter loven går det et hovedskille mellom – på den ene siden – de ytelser som *skal* komme til fradrag i erstatning «krone for krone», i første rekke trygdeytelser, og – på den andre siden – de ytelser som det er *adgang* til å ta hensyn til i utmålingen, for eksempel skadelidtes forsikringer, jf skadeerstatningsloven § 3–1 tredje ledd.

Poenget her er å understreke at det ikke er noen automatikk i at enhver økonomisk ytelse som på en eller annen måte er foranlediget av eller relatert til skaden, skal trekkes fra ved erstatningsutmålingen.

#### 18.4 Kan det gjøres fradrag for de inntekter som staten oppebærer gjennom tobakksavgiften?

---

De inntekter som staten oppebærer gjennom tobakksavgiften, kan økonomisk sett ses som en fordel som følge av tobakkssalget og tobakksforbruket. Således kan det sies at tobakksavgiften representerer en indirekte fordel som følge av de skadevirkningene som tobakksforbruket nødvendigvis fører med seg.

Vi finner det imidlertid uten videre klart at inntekter som følge av tobakksavgiften er et eventuelt skadeoppgjør mellom offentlige myndigheter og tobakksselskapene uvedkommende. Tobakksavgiften er en form for skatt og ingen næring kan fritas for et mulig erstatningsansvar under henvisning til at den betaler skatt, selv om det er tale om en spesielt høy skatt på en bestemt vare. Skatt og avgifter er ingen ansvarspremie mot eventuelle erstatningsbetingende forhold.

Riktignok har tobakksavgiften ikke bare fiskale formål, men er også ment å være et virkemiddel for å vanskeliggjøre tobakksprodukters tilgjengelighet for barn og ungdom. Tobakksavgiften er imidlertid ikke begrunnet i de sykehusutgifter (og andre utgifter) som tobakksbruken medfører for det offentlige.<sup>888</sup> Den er heller ikke øremerket for forebygging og behandling av tobakksskader. Således er tobakksavgiften uansett ikke kompensasjonsrelevant.

Man kan naturligvis mene at tobakksavgiften *burde* være øremerket, og at en årlig fastsatt avgift er bedre egnet som kompensasjon for utgifter som tobakksbruk påfører samfunnet enn erstatningsrettslige oppgjør. Det kan fremstå som en umulig oppgave for domstolene å utmåle et samlet økonomisk tap for «all» fremtid. Usikkerhet, praktiske problemer og skjønnsutøvelse i forbindelse med utmåling av fremtidig tap er imidlertid ikke noe som er unikt for tobakks'erstatningssøksmål. Og fra et rettslig synspunkt, kan denne type hensiktsmessighetsbetraktninger, etter vår mening, verken utelukke offentlige myndigheter fra å fremme krav i henhold til erstatningsrettens alminnelige regler og prinsipper, eller tilsi at den tobakksavgiften som innkreves skal komme til fradrag i en eventuell utmåling av et slikt erstatningskrav.

---

<sup>888</sup>For en oversikt over tobakksavgiften og dens bakgrunn og formål i Norge, se Lund 1989. Heller ikke i USA ser det ut til å være slik at tobakksavgiften er begrunnet i de omkostninger som tobakksbruken påfører det offentlige, jf Hanson and Logue 1998 s 1255.

Foruten disse prinsipielle betraktningene, må det i relasjon til eventuelle fylkeskommunale erstatningskrav også pekes på det forhold at inntektene fra tobakksavgiften tilkommer staten og ikke fylkeskommunene. Riktignok mottar fylkeskommunene rammetilskudd fra staten som blant annet skal dekke utgiftene til sykehusdrift, men fylkeskommunene har ingen tilknytning til tobakksavgiften. Denne atskillelse fra staten og statens inntekter er ikke bare formaliteter, men har i høyeste grad økonomisk realitet for fylkeskommunene. Det kan derfor ikke sies å være årsakssammenheng mellom de utgifter som fylkeskommunene påføres i forbindelse med sykehusbehandling av tobakksrelaterte skader og sykdommer på den ene siden, og de inntekter som tobakkssalget gir staten på den andre siden.

Avslutningsvis i dette punkt bør det nevnes at tobakksavgiften i første rekke berører kjøpersiden og ikke produksjonssiden. Tobakksavgiftens betydning for utsalgsprisen kan nok i noen grad innvirke på etterspørselen og tobakksselskapenes fortjeneste, men i første rekke er det kjøperleddet som belastes avgiften. I en eventuell erstatningsutmåling fremstår det som uriktig og urimelig at tobakksselskapene skal godskrives inntekter til staten som i praksis i det vesentlige betales av den enkelte tobakksforbruker.

### **18.5 Kan det gjøres fradrag for eventuelle besparelser som følge av at mennesker dør tidligere på grunn av tobakksbruk?**

---

#### **18.5.1 Innledning**

Rent økonomisk kan det reises spørsmål om ikke offentlige myndigheter, i tillegg til å bli påført utgifter som følge av tobakksforbruket, også *sparer* penger fordi mennesker dør før tiden på grunn av tobakksbruken, kanskje særlig besparelser i form av reduserte alderspensjoner og andre velferdsutgifter. Rettslig er spørsmålet om slike eventuelle besparelser skal komme til fradrag i erstatningsutmålingen. Man kan videre reise spørsmål om man i en eventuell erstatningsutmåling av sykehusutgifter må ta høyde for at offentlige myndigheter på et eller annet tidspunkt i fremtiden i alle fall ville ha hatt utgifter til sykebehandling av den aktuelle persongruppen *uavhengig av tobakksbruken*.

Det ligger neppe noen *besparelser* i forbindelse med sykehusutgifter, idet tobakksbrukere gjennomsnittlig synes å ha større behov for helsehjelp enn ikke-tobakksbrukere til tross for at de dør tidligere.<sup>889</sup>

Spørsmålet om hvorvidt man i et samfunnsøkonomisk «tobakksregnskap» skal søke å tallfeste mulige besparelser som følge av at tobakksbrukere dør tidligere og/eller beregne hva sykehusutgiftene generelt sett utgjør uavhengig av tobakksbruk, er først og fremst drøftet i økonomisk teori, og da gjerne som et spørsmål om valg mellom en brutto- og nettomodell (også kalt henholdsvis en statisk og dynamisk eller demografisk modell).<sup>890</sup> I bruttomodellen eller den statiske modellen søker man å tallfeste utgiftene til helseom-

889.Se for eksempel Warner et al 1999 s 299.

890.Hanson and Logue 1998 s 1232-1260 og Warner et al 1999, begge med nærmere henvisninger, samt Knut Ringens redegjørelse i vedlegg 3, punkt 4.

sorg som samfunnet påføres i forbindelse med tobakksbruk. I nettomodellen eller den dynamiske/demografiske modellen søker man dertil å beregne og trekke fra eventuelle besparelser som tobakksbruken medfører samt å se bort fra de kostnader som uavhengig av tobakksbruken er forbundet med samfunnets ytelse av nødvendig helsehjelp til befolkningen. Nettomodellen bygger således på et utviklings- og sammenligningsperspektiv, hvor den gjeldende situasjon med tobakksbruk holdes opp mot antagelser om hvordan helsetilstanden og de offentlige utgifter ville ha vært uten tobakk.

Fra en generell økonomisk synsvinkel er det mulig at begge disse modellene kan gi nyttig innsikt. Vi vil imidlertid understreke at valg av beregningsmodell i forbindelse med en eventuell erstatningsrettslig utmåling, først og fremst er et rettslig og ikke bare et beregningsteknisk spørsmål. Problemstillingen i det følgende er om det *erstatningsrettslig* er holdbart og akseptabelt å gjøre fradrag for eventuelle besparelser som følge av at mennesker dør tidligere enn vanlig på grunn av tobakksbruk. Deretter vil vi i punkt 18.6 drøfte om det i erstatningsberegningen skal tas i betraktning at det er et sykebehandlingbehov uavhengig av om mennesker bruker tobakk eller ikke.

#### **18.5.2 Spørsmålet om å gjøre fradrag for eventuelle besparelser som følge av røykeres premature død**

Erstatningsutmålingen bygger som utgangspunkt på en differansebetraktning hvorved skadelidte skal settes i samme økonomiske situasjon som om skaden ikke hadde funnet sted.<sup>891</sup> For vår problemstilling innebærer det at offentlige myndigheter, herunder fylkeskommunene, økonomisk skal stilles som om tobakksskader ikke hadde forekommet. Av de to nevnte utregningsmodellene (se forrige punkt) er det nettomodellen som står nærmest dette utgangspunktet. Men dette er bare et utgangspunkt. Det er som nevnt ingen absolutt regel at enhver økonomisk fordel eller besparelse skal komme til fradrag ved erstatningsutmålingen. Etter vårt syn er det så vektige innvendinger mot å trekke fra eventuelle besparelser som følge av at tobakksprodukter dreper, at det ikke kan antas. Innvendingene er først og fremst av prinsipiell karakter, men det er også praktiske vanskeligheter forbundet med åpning for et slikt fradrag.

Det offentliges sykehustjenester inngår som del av et større offentlig forvaltet behandlings- og omsorgssystem, hvis formål blant annet er å sørge for at alle mennesker har tilgang til nødvendige helse- og velferdsgoder av en viss kvalitet, og i videre sammenheng å sikre individet gode livsvilkår. Sosialpolitisk kan det på ingen måte anses som en «fordel» at mange mennesker dør tidlig på grunn av tobakksbruk, og rettslig sett fremstår en slik tanke som støtende. En erstatningsrettslig vurdering beror ikke bare på rent økonomiske kriterier, men også på hva som i henhold til den alminnelige rettsfølelse fortoner seg som etisk og moralsk akseptabelt.<sup>892</sup> Det er grunn til å minne om at forutsetningen for problemstillingen er at det foreligger et eller annet ansvarsgrunnlag for tobakksindustrien overfor offentlige myndigheter. Og der-

891. Lødrup 1999 s 395 og Nygaard 2000 s 67.

892. Se for eksempel Rt 1999 s 203, hvor Høyesterett under henvisning til blant annet etiske betraktninger, prinsipielt avviste at det kunne kreves erstatning for at et barn var født etter et «mislykket» steriliseringsinngrep, selv om altså de alminnelige erstatningsbetingelsene (ansvarsgrunnlag, adekvat årsakssammenheng og økonomisk tap) forelå.

som det først foreligger et ansvarsgrunnlag i tilknytning til en virksomhet-sutøvelse, kan det ikke godtas at den ansvarlige forsvarer seg med at det er en økonomisk fordel for det offentlige at produktet er dødelig. Dette må i særdeleshet gjelde hvis det foreligger subjektive ansvarsforhold.

I USA har spørsmålet om å gjøre fradrag for eventuelle besparelser som følge av at mennesker dør tidligere på grunn av tobakksbruk, vært oppe for domstolene i *Minnesota-saken*.<sup>893</sup> Spørsmålet oppsto i sakens forberedende fase, og da gjennom en anmodning fra Minnesotas advokater om at domstolen allerede før hovedforhandlingen skulle forby tobakksindustriens representanter å føre en argumentasjon om at prematur tobakksdød var å anse som en økonomisk fordel for staten Minnesota.<sup>894</sup> Anmodningen fikk medhold idet retten fant at en slik forsvarslinje fra industriens side mot et eventuelt erstatningsansvar ikke bare var saken uvedkommende, men også prinsipielt sett fullstendig uakseptabel og uhørt. Domstolen ville altså ikke engang høre på denne type argumentasjon:

«...the Court finds it abhorrent and horrendously contrary to public policy that a party, in whatever guise, claim that the killing of individuals should be used as a defense or as a factor in mitigating damages.»<sup>895</sup>

I tillegg til disse betraktningene av prinsipiell art, kan det også pekes på at det synes å være store praktiske vanskeligheter forbundet med en beregning av hva det offentlige måtte spare på at mennesker dør tidlig på grunn av tobakksbruk. Særlig vil beregninger fremover i tid (fremtidig tap) være problematisk på grunn av den usikkerhet som er knyttet til blant annet utvikling i røykevaner, mulige produktendringer og medisinske nyvinninger. Prosessøkonomisk taler dette for at man i utmålingen ikke går for langt i å spekulere i hvilke utgifter som måtte spares ved at mennesker dør før tiden.

Nå kan det naturligvis innvendes at utmåling av fremtidig tap alltid er forbundet med en viss usikkerhet, og at dette således ikke er unikt for vårt sakskompleks. Usikkerhetsmomenter er ellers i erstatningsretten intet argument i seg selv. Videre kan det innvendes at anslagene over risiko og skader i forbindelse med tobakksbruk – som jo inngår i grunnlaget for tapsberegningen – selv bygger på et sammenligningsperspektiv i den forstand at tallene gir uttrykk for hvor mange færre tilfeller av ulike sykdommer og skader man ville

893.Såvidt vi har kunnet bringe på det rene, er det kun i Minnesota-saken at amerikanske domstoler har tatt stilling til dette spørsmålet. Minnesota-saken er da også foreløpig det eneste offentlige erstatningssøksmål mot tobakksindustrien som har gått gjennom full rettsbehandling (bortsett fra domsavsigelse i selve erstatningsspørsmålet). Se næmere om saken i punkt 9.6.5 ovenfor.

894.Etter amerikansk prosessrett har domstolene en begrenset adgang til på forhånd (det vil si før hovedforhandlingen) å nekte visse argumenter eller visse beviser ført hvis den ene part krever det, og det er tale om forhold som er irrelevante for saken, eller forhold som er egnet til å tilsløre eller på annen måte forvirre sakskomplekset («motion in limine»).

895.Avgjørelse av District Court, Second Judicial District, Court File No. C1-94-8565 (Honorable Kenneth J. Fitzpatrick), January 24, 1998. I denne fasen av saken var det også spørsmål om tobakkselskapene skulle tillates å forsvare seg med at betaling av tobakksavgifter utelukket erstatningsansvar. Domstolen kom til at dette skattebetaling-sargumentet i utgangspunktet måtte tillates, blant annet fordi det hadde tilknytning til et foreldelsesspørsmål i saken (motivene for tobakksavgiften kunne belyse hva Minnesotas myndigheter opp gjennom årene hadde kjent til om tobakksprodukters skadevirkninger).

ha forventet hvis ingen hadde røykt.<sup>896</sup> Det er likevel en betydelig forskjell mellom – på den ene siden – å anslå skadevirkningene av tobakk på bakgrunn av den overveldende dokumentasjon man har om dette, og – på den annen side – å spekulere i hvilke utgifter tobakksbrukerne selv ville ha påført det offentlige dersom de ikke hadde røyket.

Til disse praktiske problemene kommer et grensesettingsproblem med hensyn til hvilke poster som det skulle være aktuelt å ta i betraktning i utmålingen. Hvis man ved utmålingen først åpner for at eventuelle besparelser som følge av prematur tobakksdød skal trekkes inn i vurderingen, så må man rimeligvis også ta med den andre siden av «regnskapet»; nemlig de omkostninger eller det økonomiske tapet som samfunnet påføres fordi mennesker dør for tidlig, for eksempel produksjonstap, tap av skatteinntekter mv. Vi vil tro at dette er svært vanskelig.

Etter vår mening må beregningen av det offentliges sykehusutgifter i forbindelse med tobakksbruk, både bakover og fremover i tid, bygge på de direkte utgifter som kan konstateres per i dag, og ikke på en helt usikker og til dels støtende sammenligning hvor «fordelene» ved premature dødsfall som skyldes tobakksbruk trekkes inn i vurderingsgrunnlaget.

Avslutningsvis finner vi også i dette punkt grunn til å påpeke at eventuelle besparelser på pensjonsutgifter mv. kun angår folketrygden og staten, ikke fylkeskommunene. Således er det under enhver omstendighet ikke årsakssammenheng mellom de eventuelle besparelser det er tale om og fylkeskommunens utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus.

## **18.6 Må det tas i betraktning at tobakksskadde mennesker i alle tilfelle ville ha belastet helsesystemet og sykehusene en gang i fremtiden?**

---

### **18.6.1 Innledning**

De aller fleste mennesker, tobakksbrukere eller ikke, vil i løpet av sitt liv ha behov for offentlige helse- og sykehustjenester, særlig i forbindelse med sin alderdom og død. Rent økonomisk kan det derfor reises spørsmål om tobakksbruk egentlig påfører det offentlige utgifter til sykehusbehandling som det ellers ikke ville ha hatt. Kan det være slik at hovedforskjellen mellom tobakksbrukere og mennesker som ikke bruker tobakk (sett i relasjon til vår problemstilling) først og fremst er at tobakksbrukere trenger helsehjelp *tidligere* i livet, og ikke nødvendigvis i større *omfang* enn ikke-tobakksbrukere når vi ser livsløpene under ett?

Rettslig kan problemstillingen formuleres som et spørsmål om man i en eventuell erstatningsberegning for det offentliges sykehusutgifter må trekke fra et slags gjennomsnittsmål av hva den enkelte krever av sykehustjenester, ut fra et resonnment om at dette er utgifter for det offentlige som ville ha oppstått uavhengig av tobakksbruken. Problemstillingen går altså på årsakssammenheng mellom et eventuelt ansvarsgrunnlag for tobakksindustrien og det økonomiske tapet for det offentlige i forbindelse med tilbud av sykehustjenester.

---

896.Se vedlegg 4 fra SHUS om «Metode» og begrepet «tilskrivbar risiko».

Igen er det altså spørsmål om å trekke inn et tenkt alternativt hendelsesforløp, og drøftelsen i det følgende må ses i sammenheng med de generelle betraktninger som er presentert i forrige punkt. Utgangspunktet i norsk rett om at erstatningsoppgjøret skal bygge på en sammenligning av skadelidtes økonomiske situasjon med og uten skaden, tilsier at man ved utmålingen må se bort fra utgifter som i alle tilfelle ville ha oppstått.

Det er imidlertid grenser for hvor langt man i beregningen kan trekke inn antagelser om det alternative hendelsesforløp om skaden ikke var inntrådt, dels av praktiske og prosessøkonomiske hensyn og dels av hensyn til den erstatningsansvarlige og den skadelidte selv. Praktisk sett må for eksempel de faktorer som inngår i utmålingen av fremtidig økonomisk tap nødvendigvis måtte bygge på vurderinger som i stor grad er rotfestet i forhold som foreligger på utmålingstidspunktet. Av hensyn til den erstatningsansvarlige kan skadelidte ikke bare passivt hengi seg til skadesituasjonen, men skadelidte må innen rimelige grenser aktivt søke å begrense skadeomfanget. Videre, og av spesiell interesse i vår sammenheng, er det et grunnprinsipp i norsk erstatningsrett at skadevolder må akseptere skadelidte med de eventuelle fysiske og psykiske svakheter som måtte forekomme hos vedkommende, jf nærmere i det følgende.

#### **18.6.2 Prinsippet om at den erstatningsansvarlige må «ta skadelidte som han er»**

Prinsippet om at skadevolder må akseptere skadelidte «som han er» ved personskade, innebærer først og fremst at skadevolder som hovedregel må finne seg i uavkortet ansvar selv om skadelidte var spesielt utsatt for skade.<sup>897</sup> Men det har også betydning for årsaksvurderingen og utmålingen av fremtidig tap. Prinsippet setter en grense for hva skadelidte må tåle av mer eller mindre velbegrunnede spekulasjoner om hvordan hans situasjon ville ha vært hvis skaden ikke var inntrådt.

I teorien er problemstillingen drøftet særlig som et spørsmål om ansvarsforhold ved konkurrerende årsaksfaktorer. Det synes å være enighet om at erstatningsansvar i prinsippet vil inntre selv om skaden i alle tilfelle ville ha inntruffet på grunn av en hendelig begivenhet, for eksempel naturskade, såfremt den hendelige begivenhet ikke finner sted samtidig eller tidsmessig nært den skadevoldende handling, dog slik at ansvarets omfang etter omstendighetene kan reduseres.<sup>898</sup> Hvis den hendelige begivenhet ennå ikke har inntrådt på avgjørelsestidspunktet, er spørsmålet i hvilken grad man i erstatningsvurderingen kan gå inn på *hypoteser* om hvorvidt skaden i alle tilfelle vil inntre i fremtiden på grunn av en eller annen hendelig begivenhet.

Det sier seg i grunnen selv at dersom det først foreligger ansvarsgrunnlag, så bør man være varsom med å begi seg inn på antagelser om fremtiden som en fritaksgrunn for den erstatningsansvarlige, både av praktiske grunner og av rimelighetshensyn overfor skadelidte. Dette gjelder spesielt når antagelsene går på helsemessige forhold ved den skadelidte selv, jf prinsippet om at skadevolder «må ta skadelidte som han er».<sup>899</sup> Usikkerheten ved anta-

897.Se blant annet Lødrup 1999 s 342-345 med henvisninger.

898.Andenæs 1941 s 282-292, Lødrup 1999 s 310-312 og Nygaard 2000 s 322-323 og s 331-332.

899.Se nærmere blant annet Lødrup 1999 s 312, jf s 342-345.

gelser om skadelidtes helsesituasjon flere år fremover, vil dessuten være så stor at det vil ligge nær å bygge på gjennomsnittstall med hensyn til sykdomsrisiko mv., og dermed bringes det inn et standardiseringsmoment som står dårlig i samsvar med prinsippet i norsk rett om individuell erstatningsutmåling. Riktignok vil det i en beregning av fremtidig tap ofte være enkelte trekk av gjennomsnittsmål, for eksempel antagelser om levetid, men det er ingen grunn til å utvide standardiseringsmomentene i større grad enn nødvendig.

Videre er det i denne sammenheng verdt å påpeke at det ikke er noen absolutt regel at utgifter som en eller annen gang uansett vil oppstå, ikke er gjenstand for erstatning. For eksempel gir reglene om forsørgertap rett til erstatning for begravelsesutgifter, jf skadeserstatningsloven § 3–4 siste ledd.

Det er først i 1990-årene at Høyesterett for alvor er blitt konfrontert med problemstillingen om, og i hvilken grad, man i erstatningsvurderingen skal ta i betraktning at skadelidte en gang i fremtiden i alle fall vil kunne pådra seg skader som følge av egne helsemessige forhold. Høyesterett er i prinsippet åpen for at dette gjøres til tema i vurderingen av skadeårsak og ansvarsomfang. Men Høyesterett har samtidig understreket at bevisbyrden tilligger skadevolder og at de helsemessige forhold ved skadelidte ikke kan komme i betraktning med mindre det i det minste foreligger «en overvekt av sannsynlighet for at de skal utvikle seg i en klar negativ retning». <sup>900</sup>

Beviskravet om sannsynlighetsovervekt og bevistemaet om utviklingens alvorlighetsgrad gir til sammen temmelig strenge rammer om bevisvurderingen, særlig hvis man skal begi seg inn på hypotetiske vurderinger langt frem i tid. Kravene innebærer også at bevisvurderingen må knyttes til den enkelte skadelidtes situasjon, den kan ikke bygge på helt alminnelige gjennomsnittstall over hva mennesker pådrar seg av sykdom og helseplager ved visse alderstrinn mv.

Etter vår oppfatning må det kunne legges til grunn som et utgangspunkt at det er begrenset rom for på den personskaddes bekostning å spekulere i hva skadelidte en gang i fremtiden vil kunne pådra seg av skade og sykdom som følge av egne helsemessige forhold. Det kan imidlertid reises spørsmål om dette utgangspunktet står like sterkt i forbindelse med et eventuelt krav fra det offentlige overfor tobakksindustrien om erstatning for sykehusutgifter.

### **18.6.3 Nærmere om tobakksskader og det offentliges indirekte stilling som skadelidt**

Det offentlige inntar en mer indirekte stilling som skadelidt enn den som blir påført personskade eller sykdom som følge av tobakksbruk. Enten man betrakter et eventuelt erstatningskrav fra det offentlige som et selvstendig krav eller som et regresskrav (jf drøftelsen i punkt 18.2 ovenfor), så er det tale om en avledet skadefølge. Spørsmålet som kan reises er om prinsippet om fordelsfradrag da kan stille seg forskjellig. Det forhold at det overfor den personskadde fremstår som urimelig og upraktisk å spekulere i hvordan vedkommendes helsesituasjon ville ha vært fremover uten skaden, er ikke nødvendigvis overførbart til det offentlige.

900.Se især Rt 1997 s 883 på s 887 og Rt 1999 s 1473 på s 1479 (Stokke-saken).

For det offentlige medfører tobakksskader en økonomisk byrde i form av sykehusbehandling mv., og det kan anføres at da må den eventuelle erstatningsberegning også bygge på rent pekuniær betraktninger, altså en oppstilling av de reelle merutgifter som antas å foreligge og oppstå fremover. Etter som det er spørsmål om å knytte erstatningsansvar spesielt til fremstillingen av tobakksprodukter, og erstatningsberegningen nødvendigvis må bygge på store oversiktstall, blant annet over omfanget av tobakksbruk og sykdomsrisiko i forbindelse med tobakksbruk, kan det kanskje synes rimelig å gjøre fradrag i erstatningen som også er basert på statistiske anslag, i denne forbindelse anslag over hva helsebehovet utgjør uavhengig av tobakksbruken.

Det er imidlertid hensyn som taler mot å åpne for å gjøre fradrag i erstatningsberegningen for et antatt gjennomsnittbehov for sykehustjenester. Først og fremst møter vi meget av de samme prinsipielle innvendinger som nevnt ovenfor i drøftelsen av hvorvidt det skal gjøres fradrag fordi mennesker dør tidligere på grunn av tobakksbruk (punkt 18.5). Vi konkluderte der med at dersom det først foreligger ansvarsgrunnlag for tobakksselskapene, så kan det ikke aksepteres at selskapene forsvarer seg med at prematur tobakksdød er en fradragspost i erstatningsutmålingen. I forlengelsen av dette, fremstår det også som støtende og urimelig å gjøre fradrag ut fra et synspunkt om at de aller fleste mennesker en eller annen gang vil ha behov for helsetjenester.

Videre virker det vilkårlig å la fradragsspørsmålet bero på hvorvidt skadefølgen rammer ett eller to rettssubjekter. Hvis eventuelle sykehusutgifter i prinsippet ville ha vært erstatningsberettigede i et oppgjør med den direkte skadelidte, bør tobakksselskapene også finne seg i å erstatte sykehusutgiftene når disse dekkes av det offentlige.

Beregningsmessig støter vi dessuten på mange av de samme vanskelighetene som nevnt ovenfor i forbindelse med argumentet om at prematur død medfører besparelser for det offentlige. Særlig er antagelser fremover i tid problematisk. Det gjelder selv om man bygger på statistisk materiale og erfaringer. I den grad det overhodet gir mening å tale om et slags gjennomsnittsmål på hva mennesker i løpet av et liv koster samfunnet i sykehusbehandling, er dette målet selvsagt ingen konstant størrelse, blant annet på grunn av utviklingen innen medisin og levestett. Også praktiske og prosess-økonomiske hensyn kan derfor tale for at man ikke går inn på et slikt sammenligningsperspektiv.

Etter vår mening veier disse innvendingene tungt. Det bør derfor ikke gjøres fradrag for de sykehusutgifter som antas å ville påløpe uavhengig av tobakksbruken. Det må imidlertid erkjennes at svaret på dette spørsmålet nok er noe mer tvilsomt enn spørsmålet om det kan tillates fradrag på grunn av de premature dødsfall som tobakksbruken medfører.

### 18.7 Oppsummering

---

Etter vår vurdering må et eventuelt erstatningskrav fra offentlige myndigheter for sykehusutgifter anses som et selvstendig krav, og ikke som et typisk regresskrav. Praktisk sett må tapsberegningen bygge på statistiske beregninger av omfanget av tobakksskader, og ikke på en gjennomgang av hvert



enkelt behandlingstilfelle. Prinsipielt kan det ikke være noe i veien for en slik statistisk og epidemiologisk belagt dokumentasjon av det økonomiske tap.

Etter vårt skjønn kan det i en eventuell utmåling av fylkeskommunenes sykehusutgifter verken være aktuelt å gjøre fradrag for de inntekter som staten oppebærer gjennom tobakksavgiften eller å gjøre fradrag for de eventuelle besparelser som måtte foreligge fordi mennesker dør før tiden på grunn av tobakksbruk. Vi finner det noe mer tvilsomt om man i erstatningsberegningen skal ta hensyn til at tobakksskadde mennesker en gang i fremtiden kanskje likevel ville ha hatt behov for sykehusbehandling uavhengig av tobakksbruken. Sterke hensyn kan tale mot å gå inn på slike hypotetiske betraktninger.

## Kapittel 19

### Foreldelse

#### 19.1 Innledning

---

##### 19.1.1 Oversikt over reglene om foreldelse av erstatningskrav

Foreldelsesloven § 9 lyder i sin helhet:

«(Krav på skadeserstatning)

1. Krav på skadeserstatning eller oppreisning foreldes 3 år etter den dag da skadelidte fikk eller burde skaffet seg nødvendig kunnskap om skaden og den ansvarlige.
2. Kravet foreldes likevel seinest 20 år etter at den skadegjørende handling eller annet ansvarsgrunnlag opphørte. Dette gjelder likevel ikke ved personskade, dersom
  - a) skaden er voldt i ervervsvirksomhet eller dermed likestilt virksomhet, og
  - b) den ansvarlige, eller noen denne hefter for, før opphøret av det skadegjørende forhold kjente eller burde kjenne til at dette kunne medføre fare for liv eller alvorlig helseskade.
3. Paragrafen gjelder ikke krav som springer ut av kontrakt, bortsett fra krav på erstatning for personskade.»

Som det fremgår bygger loven på et tosporet foreldelsessystem i erstatningssaker: En treårsfrist og en tyveårsfrist.

Hovedfristen er tre år, og denne gjelder ethvert skadetilfelle. Fra det øyeblikk skadelidte har fått kunnskap, eventuelt burde ha skaffet seg kunnskap, både om skaden og den ansvarlige, må skadelidte sørge for at det ikke går mer enn tre år før fristavbrytende skritt tas. Dette innebærer at så lenge skadelidte ikke har rimelig sikker kunnskap om skadens karakter og omfang samt dens årsak, vil treårsfristen ikke begynne å løpe.

Det er imidlertid – som utgangspunkt – en grense for hvor lenge skadelidte kan være uvitende om omstendighetene omkring skadesituasjonen uten at foreldelse inntreffer. Det er her tyveårsfristen kommer inn. Når det er gått 20 år etter at den skadegjørende handling opphørte, inntreffer foreldelse *selv om* skaden skulle slå ut senere og *selv om* skadelidte først senere skulle få kjennskap til årsaks- og ansvarsforhold. Denne endelige tyveårsfristen er dels begrunnet i bevismessige hensyn, og dels i skadevolders behov for på et bestemt tidspunkt å kunne legge fortiden bak seg. For å bøte på altfor urimelige utsalg av denne tyveårsfristen, finnes det en sikkerhetsventil, om enn liten. Dette vil bli gjennomgått nærmere nedenfor.

I foreldelsesloven § 10 nr 1 gis det en tilleggsfrist på ett år i de tilfellene hvor den kravsberechtigede ikke har kunnet gjøre kravet gjeldende fordi han har manglet nødvendig kunnskap om kravet eller den forpliktede. Bestemmelsen er en fellesregel for alle typer av krav som

omfattes av foreldelsesloven, og har først og fremst betydning i forbindelse med de objektive foreldelseskriterier og vilkår som stort sett gjelder i andre kravsforshold enn erstatning. I § 10 nr 3 andre punktum er det uttrykkelig presisert at denne tilleggsfristen på ett år ikke kan forlenge tyveårsfristen i foreldelsesloven § 9 nr 2. Ettersom tilleggsfristen er knyttet til det samme kunnskapskriterium som i § 9 nr 1, er det vanskelig å se at § 10 får noen særlig selvstendig betydning i erstatningsrettslig sammenheng.<sup>901</sup>

I foreldelsesloven § 10 nr 2 er det inntatt en regel som gir en ettårs tilleggsfrist i de tilfellene hvor skadelidte er blitt forhindret fra å avbryte foreldelsesfristen. Denne regelen kan tenkes å få betydning ved siden av den alminnelige treårsfrist i § 9.

Erstatningskrav som springer ut av en straffbar handling er gitt et særskilt vern mot foreldelse, jf foreldelsesloven § 11. Kravet kan gjøres gjeldende mot den erstatningsansvarlige selv om det er foreldet etter alminnelige foreldelsesregler, forutsatt at kravet enten fremmes i forbindelse med den straffesak der den ansvarlige blir funnet skyldig i det ansvarsbetingende forhold det er tale om, eller innen ett år etter at felende straffedom ble rettskraftig.

Tidspunktet for når den erstatningsrettslige foreldelsesfrist på tre år begynner å løpe, er – til forskjell fra det som stort sett ellers gjelder ved foreldelse av krav – i utpreget grad knyttet til de individuelle og subjektive forhold som måtte foreligge i den enkelte sak. Det er imidlertid grunn til å merke seg at det ikke nødvendigvis er avgjørende når skadelidte faktisk får kunnskap om forholdene omkring skadesituasjonen, men at skadelidte har en viss undersøkelses- eller aktivitetsplikt med hensyn til å bringe avklaring.

Foreldelsesfristen avbrytes *enten* gjennom erkjennelse av ansvar fra den som erstatningskravet er rettet mot, *eller* ved at skadelidte reiser sak mot de(n) han mener er erstatningsansvarlig, jf foreldelsesloven §§ 14 og 15. Det betyr altså at det ikke er tilstrekkelig for å forhindre foreldelse at skadelidte retter skriftlige påkrav og advarsler til adressaten. Dersom ansvar bestrides, må skadelidte innlede sak for domstolene. Reglene om fristavbrudd er de samme for erstatningskrav som ved andre krav, og vi går i det følgende ikke nærmere inn på disse reglene.<sup>902</sup>

### 19.1.2 Særskilte foreldelsesregler

I lovgivningen forekommer det på enkelte områder særregler om foreldelse som enten supplerer den alminnelige foreldelsesregel i erstatningsforhold eller som erstatter denne. I vår sammenheng kan nevnes reglene i produktansvarsloven §§ 2–7 og 3–11. Regelen i § 2–7 gjelder foreldelse av det generelle, objektiviserte *produktansvaret*, og tilsvarer i grunnen den alminnelige treårsregel i foreldelsesloven § 9 nr 1.<sup>903</sup> Det bør imidlertid påpekes at lengstefristen etter 2–7 er 10 år, jf § 2–7 andre ledd, og ikke 20 år som i foreldelsesloven § 9. Produktansvarsloven § 3–11 gir en særskilt foreldelsesregel for *legemiddelskader*. Også her er følger

901. Se også Matningsdal 1980 s 484-485, Kjønsdal og Tjomsland 1983 s 103-104 og Tjomsland 1987 s 342.

902. Om fristavbruddsreglene, se Matningsdal 1982 s 45-46, Kjønsdal og Tjomsland 1983 s 105-110, Krüger 1984 s 432-434, Røed 1997, især s 263-284 og Torvund 1997 kapittel 43.

903. Rognlien 1992 s 259-276 og Røed 1997 s 500-502.

foreldelsen treårsregelen i foreldelsesloven § 9 nr 1, mens lengstefristen i forbindelse med legemiddelskader er 20 år fra den dag da legemidlet ble tatt i bruk.<sup>904</sup>

Også i *forsikringsforhold* gjelder det særskilte foreldelsesregler, jf forsikringsavtaleloven §§ 8–6 og 18–6, samt yrkesskade-forsikringsloven § 15.<sup>905</sup> I forbindelse med tobakksskader kan ansvar for forsikringsselskapene i første rekke tenkes aktualisert ved røykeres livsforsikring. Ansvar for yrkesskade-forsikringen kan tenkes å oppstå for eksempel ved skadevirkninger som følge av passiv røyking på arbeidsplassen.<sup>906</sup> Ansvarsforsikring på vegne av tobakksindustrien fremstår som lite aktuelt.

I hovedsak gjelder en tilsvarende treårsfrist i forsikringssaker som i foreldelsesloven § 9 nr 1. I forsikringsforhold starter foreldelsesfristen imidlertid først ved utløpet av det kalenderåret hvor skadelidte fikk eller burde ha skaffet seg kunnskap om skaden og dens årsak. Lengstefristen for forsikrings-selskapets ansvar er som utgangspunkt 10 år fra utløpet av det kalenderår da skaden inntraff, jf forsikringsavtaleloven §§ 8–6 første ledd tredje punktum og 18–6 første ledd tredje punktum. Ved yrkesskader derimot gjelder det ingen lengstefrist, jf yrkesskade-forsikringsloven § 15 andre ledd første punktum.<sup>907</sup>

Det er grunn til å merke seg at forsikringsselskapene har en særskilt varslingsplikt overfor skadelidte dersom selskapet skal kunne påberope foreldelse. Hvis skadelidte har meldt sitt krav til forsikringsselskapet før foreldelsesfristen gikk ut, vil kravet foreldes tidligst seks måneder etter at forsikringsselskapet har sendt skriftlig varsel til skadelidte om at foreldelse vil bli gjort gjeldende, og dette varslet må også forklare hvordan foreldelsesfristen avbrytes, jf forsikringsavtaleloven §§ 8–6 tredje ledd og 18–6 tredje ledd og yrkesskade-forsikringsloven § 15 tredje ledd. Denne varslingsplikten er en nyskaping i norsk rett, og er ment å forhindre at foreldelse inntreffer mens forsikringsselskapet har et meldt krav til behandling.<sup>908</sup>

### 19.1.3 Står det offentlige i en særstilling med hensyn til foreldelse? Innledende bemerkninger

Foreldelsesreglene i § 9 er i prinsippet de samme enten erstatningskravet fremmes av offentlige myndigheter eller av private. Vurderingen av de enkelte vilkår og kriterier i § 9 kan imidlertid falle forskjellig ut. Det kan nok tenkes at offentlige myndigheter vil bli vurdert nokså strengt, og kanskje strengere enn private individer, med hensyn til de subjektive forhold, for eksempel skadelidtes plikt til å søke avklaring av skadesituasjonen. På den annen side er rettspraksis generelt sett ganske romslig overfor skadelidte i foreldelses-

904.Røed 1997 s 503-505.

905.Kopperud 1992 s 20, Røed 1997 s 507-523 og Wilhelmsen 1998.

906.En slik sak vil bli behandlet av Høyesterett i løpet av høsten 2000. Saken gjelder krav om yrkesskadeerstatning fra en bartender som gjennom tyve år er blitt utsatt for store mengder sigarettøyk på arbeidsplassen. I en alder av 40 år utviklet bartenderen lungekreft, og de rettsoppnevnte sakkyndige for lagmannsretten har konkludert med at miljøøyken på arbeidsplassen har vært en viktig årsaksfaktor. Foreldelse er intet tema i saken. Om saken, se nærmere Skjerdal 1999a og Skjerdal 1999b. Se også punkt 15.2.4 og punkt 16.2.3 ovenfor.

907.Kopperud 1992 s 20.

908.Ot prp nr 44 (1997-98) s 9-12 og Innst O nr 57 (1997-98) s 2-3.

saker, og det ser ikke ut til at denne praksis bærer bud om noen spesielt strengere norm for det offentlige. Enkelte særspørsmål i denne forbindelse vil bli tatt opp løpende i det følgende.

For eventuelle offentlige erstatningskrav mot tobakksindustrien, oppstår det i tillegg et spørsmål om slike krav følger særregelen om regresskrav i foreldelsesloven § 8, eller om den alminnelige erstatningsrettslige foreldelsesregel i § 9 også gjelder her. Dette regelvalgsspørsmålet er tema for neste punkt:

#### **19.1.4 Erstatningskrav fra offentlige myndigheter mot tobakksindustrien: Regresskrav eller selvstendig krav?**

Foreldelsesloven § 8 gir en særregel for regresskrav. Regelen bygger på et *cessio legis*- synspunkt hvorved regresskravets foreldelsesfrist som utgangspunkt følger den frist som gjelder for hovedfordringen, jf § 8 andre punktum. Foreldelse inntreffer likevel tidligst ett år etter innfrielsen av hovedkravet, jf første punktum. Dersom den regressberettigede skulle innfri et krav som er foreldet i forhold til medskyldneren, må den regressberettigede i tillegg gi medskyldneren særskilt varsel om innfrielsen innen rimelig tid, jf § 8 tredje punktum.

Det er på det rene at bestemmelsen i foreldelsesloven § 8 gjelder for alle typer regresskrav, også i det interne oppgjør mellom ulike erstatningsansvarlige.<sup>909</sup> Spørsmålet i vår sammenheng er om et eventuelt erstatningskrav fra offentlige myndigheter mot tobakksindustrien for sykehusutgifter, er å anse som et regresskrav etter foreldelsesloven § 8 eller som et selvstendig erstatningskrav etter § 9. Problemstillingen om erstatningskravets karakter er drøftet i punkt 18.2 ovenfor i forbindelse med tapsutmålingsspørsmålet. Vi konkluderte der med at et krav om erstatning for sykehusutgifter er regresslignende, men at det i prinsippet må ses som et selvstendig krav. Det fremstår som enda klarere at et slikt erstatningskrav må ses som selvstendig også i forbindelse med foreldelse.

Dersom foreldelsesloven § 8 legges til grunn for det offentliges erstatningskrav, må synspunktet være at den enkelte røyker er hovedkreditor, mens de offentlige sykehus og tobakksselskapene er medskyldnere overfor røykeren hva angår utgiftene til sykehusbehandling. Dette synspunktet er imidlertid vanskelig å forene med realitetene. Det er lite naturlig å si at den lovpålagte plikt til å tilby sykehusbehandling er å anse som en fordring på skadelidtes hånd. Den enkeltes krav på velferdsytelser som nødvendig helsehjelp er ikke gjenstand for foreldelse.<sup>910</sup> Like lite naturlig er det å si at skadelidte har et krav på tobakksselskapene for utgiftene til behandling ved offentlige sykehus, for slike utgifter har jo skadelidte i det store og hele ikke hatt.

Det er først og fremst den *cessio legis*-betraktning som foreldelsesloven § 8 bygger på, som gjør regelen uantakelig i vårt tilfelle. Som vist ovenfor i punkt 18.2.2 er *cessio legis*- eller subrogasjonsbetraktningen ikke treffende i trepartsforholdet mellom den tobakksskadde, de offentlige sykehus og tobakksselskapene. Dersom foreldelsesloven § 8 skulle ha vært anvendt på forholdet til tross for at det ikke finnes noe krav for det offentlige å tre inn i,

909.Se Røed 1997 s 176-177 og s 190 med nærmere henvisninger.

910.Kjønstad og Tjomsland 1983 s 28-29 og Røed 1997 s 99-100 med henvisninger.

ville det faktisk medføre en forkorting av foreldelsesfristen. Det er jo da bare ettårsfristen i § 8 som står igjen. Dette kan naturligvis ikke være riktig.

Konklusjonen må bli at offentlige myndigheters eventuelle krav om erstatning for sykehusutgifter foreldes etter den alminnelige regel i foreldelsesloven § 9.

## **19.2 Treårsfristen: Når starter foreldelsesfristen å løpe?**

---

### **19.2.1 Søksmålsgrunnlag som overordnet vurderingskriterium**

Det avgjørende tidspunkt for når foreldelsen tar til å løpe, er det tidspunkt hvor skadelidte har, eventuelt burde ha hatt, tilstrekkelig kunnskap om de faktiske forhold omkring skadesituasjonen til å fremme erstatningskrav. Det uttrykkes gjerne slik at skadelidte må ha fått slik kunnskap at han hadde oppfordring til å gå til sak mot den erstatningsansvarlige med utsikt til et positivt resultat.<sup>911</sup> Henvisningen til positive utsikter betyr selvsagt ikke at skadelidte må være sikker på å vinne frem med sitt krav før foreldelsen starter. Poenget er at foreldelsen ikke vil begynne å løpe før den skadelidte har rimelig grunn til å reise et erstatningskrav, og det betinger at forholdene omkring skade- og ansvarssituasjonen i tilstrekkelig grad er klarlagt.<sup>912</sup>

Disse subjektive kunnskapsvilkårene må ses på bakgrunn av reglene om hvordan foreldelsesfristen avbrytes. Hvis adressaten for skadelidtes erstatningskrav verken betaler eller erkjenner ansvar, må skadelidte anlegge søksmål for domstolene for å forhindre at kravet foreldes, kfr foreldelsesloven § 15 sammenholdt med § 14. Da er det naturlig at foreldelsen ikke tar til å løpe før skadelidte faktisk har anledning til å reise søksmål og til å ta stilling til om søksmålet har rimelig mulighet for å vinne frem.

Dette har igjen en viktig side mot rettskraftsreglene. Rettskraftsreglene er regler om når en rettsavgjørelse er endelig, det vil si at rettsavgjørelsen ikke lenger kan angripes gjennom anke eller kjæremål eller eventuelt andre rettsmidler (formell rettskraft), og at det som er avgjort ved rettsavgjørelsen skal legges til grunn også i eventuelle senere saker mellom partene (materiell rettskraft).<sup>913</sup> Hvis skadelidte ikke får medhold i domstolene for sitt krav, innebærer rettskraftsreglene at skadelidte ikke lenger kan rette det samme erstatningskrav mot vedkommende skadevolder. Når først saken er brakt inn for domstolene, er altså loddet kastet. Skadelidte får ingen ny mulighet til saksanlegg mot den samme personen senere, selv om skadelidte skulle komme på nye argumenter eller senere skulle oppdage at det faktiske forhold ikke var som han trodde.<sup>914</sup> På denne bakgrunn vil foreldelsesreglene ikke tvinge skadelidte til å gå til sak før de faktiske forhold er såpass klarlagt at skadelidte har grunnlag for å vurdere berettigelsen av erstatningskravet.

911. Dette utgangspunktet er kommet til uttrykk i en rekke høyesterettsavgjørelser. Se for eksempel Rt 1967 s 1182 (på s 1185-1186), Rt 1975 s 82 (på s 86 nederst), Rt 1996 s 1134 (på s 1139) og Rt 1997 s 1070 (på s 1079).

912. Matningsdal 1980 s 481-482, Kjønsdal og Tjomsland 1983 s 81-82 og Røed 1997 s 193.

913. Skoghøy 1998 s 751-753 og Hov 1999 s 323-324.

914. Unntaksvis kan reglene om gjenopptagelse gi skadelidte en ny mulighet, men disse reglene er meget strenge. Se nærmere Skoghøy 1998 kapittel 21 og Hov 1999 kapittel 19.

Gjennomgående viser Høyesterett i foreldelsessaker en utstrakt romslighet overfor skadelidte. Det er sjelden at skadelidte etter personskade taper sin sak på foreldelsesspørsmålet.

### 19.2.2 Kunnskap om skaden

#### *Skade og skadevirkning*

Skadebegrepet er uklart og enkelte presiseringer er på sin plass. Skadebegrepet omfatter alle typer skader eller ødeleggelser som i prinsippet er erstatningsberettigede. Det betyr at erstatningskrav basert på såvel integritetskrenkelse (både fysisk og psykisk skade) som formueskade er gjenstand for foreldelse. Hvis erstatningskravet bygger på fysisk eller psykisk skade, må det understrekes at foreldelsesfristen ikke nødvendigvis begynner å løpe allerede fra det tidspunkt hvor skaden inntreffer eller konstateres. Foreldelsesfristen må knyttes til det erstatningskravet som gjøres gjeldende, hvilket innebærer at fristen ikke kan begynne å løpe før *virkningene* av skaden viser seg.

Hvis skadelidte krever erstatning for økonomisk tap, vil foreldelsesfristen ikke begynne å løpe før skadelidte har tilstrekkelig kunnskap om de økonomiske skadevirkninger som han er eller må antas å bli påført.<sup>915</sup> Som oftest vil det gå noe tid fra den fysiske eller psykiske skaden inntreffer til de økonomiske tapsvirkninger viser seg. Ved økonomisk tap trekkes det et skille mellom lidt tap og fremtidig tap.<sup>916</sup> Påført økonomisk tap foreldes fortløpende etter hvert som tapet oppstår, slik at det for hver dags tap løper en egen frist. Fremtidig tap foreldes derimot under ett, og fristen tar til fra det tidspunktet hvor skadelidte har tilstrekkelig kunnskap om skadens varige eller midlertidige fremtidige økonomiske virkninger til å reise søksmål.

Hvis skadelidte derimot krever erstatning for ikke-økonomisk tap (ménerstatning og/eller oppreisning), vil foreldelsesfristen kunne ta til å løpe allerede fra det tidspunkt hvor personskaden oppstår. Men også her må det understrekes at det kan ta noe tid før man har oversikt over skadens omfang og virkninger, slik at tidspunktet for skadens inntreden og friststart for foreldelse ikke nødvendigvis faller sammen.

Det som her er sagt innebærer at friststarttidspunktet vil kunne være forskjellig for de ulike typer av erstatningskrav, og dessuten kunne bero på de enkelte erstatningsposter som gjøres gjeldende.

#### *Hva skal til for at tilstrekkelig kunnskap om skadevirkningene anses å foreligge?*

For å fremme krav om erstatning for allerede påført økonomisk tap, er det stort sett tilstrekkelig å kunne fastslå at det foreligger en eller annen ansvarsbetingende skade som er årsak til tapet. For nærmere å kunne ta stilling til hvilke konsekvenser en personskade vil få for skadelidte, for eksempel frem-

915. Tidligere har dette spørsmålet vært noe omdiskutert, se for eksempel på den ene siden Matningsdal 1980 s 488-489, og på den andre siden Kjønsdal og Tjomsland 1983 s 88. I dag må det imidlertid anses avklart at foreldelsesfristen for krav om erstatning for økonomisk tap ikke kan begynne å løpe før det er rimelig klart at økonomisk tap vil inntre, jf eksempelvis Rt 1992 s 603 (på s 608-609), Rt 1997 s 1070 (på s 1079) og Rt 1998 s 587 (på s 592). Se også Tjomsland 1987 s 337-338 og Røed 1997 s 194-195.

916. Matningsdal 1980 s 491-493, Kjønsdal og Tjomsland 1983 s 91-92, Tjomsland 1987 s 339, og Røed 1997 s 195.

tidig økonomisk tap, er det imidlertid nødvendig med mer presis kunnskap om skadens art og omfang. Her oppstår flere spørsmål: Begynner foreldelsesfristen å løpe allerede når skadelidte har en mistanke om skaden (og dens årsak) eller må han ha sikrere kunnskap? Kan foreldelsesfristen begynne å løpe før skaden har stabilisert seg? Må skadelidte kunne fastslå sitt økonomiske tap nøyaktig før foreldelsesfristen begynner å løpe?

Det kan med en gang slås fast at skadelidtes mistanke om skade, eller mistanke om at sykdom og plager kan føres tilbake til en tidligere påført skade, i prinsippet *ikke* er tilstrekkelig til å starte foreldelsesfristen. Mistanke om skade kan imidlertid gi skadelidte grunn til å foreta nærmere undersøkelser, og dermed kan mistanken få betydning i aktsomhetsvurderingen etter foreldelsesloven, jf nærmere om dette i punkt 19.2.4 nedenfor om skadelidtes aktsomhetsplikt.

Høyesterett har mange ganger understreket at foreldelsesfristen ikke kan ta til å løpe før skadelidte har rimelig sikker kunnskap om skaden.<sup>917</sup> Denne understrekningen må ses i sammenheng med at fristen ikke skal begynne å løpe før skadelidte har oppfordring til å gå til søksmål, kfr punkt 19.2.1 ovenfor. I tilslutning til forarbeidene til foreldelsesloven uttalte Høyesterett således i *Opstvedt-saken* fra 1992:

«Utgangspunktet synes imidlertid å være at fristen starter å løpe når skaden har manifestert seg på en slik måte at det – objektivt sett – er grunnlag for å fremme krav eller sak om erstatning.»<sup>918</sup>

Riktignok falt denne uttalelsen i forbindelse med den tidligere lengstefristen på 10 år i foreldelsesloven § 9, men uttalelsen er klarligvis veiledende for utgangspunktet for den alminnelige treårsfrist. Det er samme skadebegrep det er tale om.<sup>919</sup>

I *Kulsrud-saken* fra 1998 var det på rene at det forelå en skade, men Høyesterett understreket at det avgjørende tidspunkt for foreldelsesfristens utgangspunkt var når skadelidte hadde mulighet til å få nærmere kjennskap til skadens karakter:

«Spørsmålet er så om den skaden som klarligvis forelå før 23 mars 1985, hadde manifestert seg på en slik måte at det den gang kunne konstateres et tilstrekkelig grunnlag for å reise krav om erstatning.»<sup>920</sup>

Sakkyndige medisinske erklæringer står sentralt i vurderingen av når skadelidte anses å ha fått tilstrekkelig kunnskap om skaden.<sup>921</sup> Men legeundersøkelser og legeerklæringer gir ikke nødvendigvis alltid et klart bilde av skadens karakter eller virkninger fremover. Undertiden er situasjonen at skadelidte har fysiske og/eller psykiske plager, men det er uklart om disse plagene er utslag av en bestemt skade. Utgangspunktet i foreldelsesvurderingen er at det ikke kan sies å foreligge noen konstaterbar skade før skaden har nedfelt seg i påviselige symptomer.<sup>922</sup>

917.Se blant annet Rt 1992 s 603 (på s 608-610), Rt 1996 s 1134 (på s 1139-1141) og Rt 1997 s 1070 (på s 1079-1980).

918.Rt 1992 s 603 på s 608.

919.Rt 1996 s 1134 (på s 1139-1140) og Rt 1998 s 587 (på s 591 nederst – s 592 øverst).

920.Rt 1998 s 587 på s 592.

921.Kjønstad og Tjomsland 1983 s 91-101 og Røed 1997 s 200-201.



Spesielt problematisk er de skader som utvikler seg. Når skal man her si at skadelidte har tilstrekkelig kunnskap om skaden til å fremme erstatningskrav, for eksempel erstatning for fremtidig ervervstap? Avhengig av skadens omfang vil ervervsevnen fremover kunne være tapt for alltid eller bare midlertidig. I begge tilfelle vil sakkyndige vurderinger stort sett være påkrevd. I praksis melder tvilsspørsmålene seg i første rekke ved vurderingen av om skaden er av permanent karakter. Høyesterett har i disse tilfellene lagt avgjørende vekt på når skadelidte fikk, eventuelt burde ha fått, kunnskap om at skaden etter all sannsynlighet ville bli varig:

Malm-saken fra 1967:

«I likhet med herredsretten bygger jeg på at fristen for foreldelse av kravet på erstatning for tap i fremtidig inntekt ikke løp allerede fra ulykkesdagen, men først fra det tidspunkt da Malm visste at han ville bli varig invalid, eller da han med rimelig aktsomhet ville ha fått slik kunnskap.»<sup>923</sup>

Gaard-saken fra 1972:

«Etter min oppfatning fremstiller denne legeerklæring ikke varig invaliditet som en slik nærliggende følge av ulykken at det for vergen på det avgjørende tidspunkt var oppfordring til å gå til søksmål»<sup>924</sup>

Arnesen-saken fra 1994:

«Jeg må videre legge til grunn at Arnesen allerede i 1983 hadde – eller iallfall burde ha – kunnskap om at det var inntrådt en forverring i hennes tilstand og at hun var blitt varig ervervsmessig ufor.»<sup>925</sup>

Albrigtsen-saken fra 1996:

«Spørsmålet i saken er om Albrigtsen før 7 juni 1988 hadde eller burde hatt kunnskap om at om at skaden ville medføre et varig tap av ervervsevne og om årsaken til skaden.»<sup>926</sup>

Kulsrud-saken fra 1998:

«I sin legeerklæring av 1 september 1980 svarer dr Haug benektende på spørsmålet om det er sannsynlig at skaden vil medføre livsvarig invaliditet, og gir uttrykk for at den krever langvarig behandling.»<sup>927</sup>

Hvis omfanget av skaden er usikkert, må den stabilisere seg tilstrekkelig at til en rimelig sikker diagnose kan fastslås og skadens virkninger klarlegges.<sup>928</sup> Dog må det presiseres at såfremt skadelidte har rimelig klarhet om at skaden vil medføre økonomisk tap, så kan foreldelsesfristen muligens begynne å løpe selv om skaden ennå ikke har endelig stabilisert seg. I *Myhrer-saken* uttalte Høyesterett om dette:

«At Toril Myhrer i 1987 hadde kunnskap om den ansvarlige og om skaden, anser jeg ikke særlig tvilsomt. Skadens omfang var ikke klarlagt, men vi står overfor en alvorlig personskade, og det foreligger rimelig klarhet om at skaden har påført skadelidte tap som omfattes av skadeserstatningsloven § 3–1. At skaden ennå ikke var helt stabilisert,

922.Se for eksempel Rt 1992 s 603 (på s 607 nederst og s 608 øverst) og Rt 1998 s 587 (på s 593).

923.Rt 1967 s 1182 på s 1185 (gjentatt i Rt 1992 s 64 på s 81).

924.Rt 1972 s 965 på s 968. Også kalt Mønepannedommen.

925.Rt 1994 s 190 på s 193 nederst og s 194 øverst.

926.Rt 1996 s 1134 på s 1139.

927.Rt 1998 s 587 på s 592.

928.Matningsdal 1980 s 492-493.

og at det ikke forelå noen spesifisert tapsberegning, kunne ikke i seg selv hindre at fristen begynte å løpe. Skadelidte har i slike tilfelle ytterligere tre år på seg til å utforme et grunnlag for en stevning hvis det ikke oppnås enighet om en minnelig løsning.»<sup>929</sup>

Myhrer-saken er imidlertid spesiell ved at saken gjaldt spørsmålet om skadelidtes *advokat* var erstatningsansvarlig for å ha oversittet foreldelsesfristen i forbindelse med et erstatningskrav som skadelidte mente å ha overfor sin tidligere arbeidsgiver. Saken gjaldt altså advokatens profesjonsansvar, og i saken mot sin egen advokat var det i skadelidtes interesse å vise at kravet mot arbeidsgiveren var foreldet. På denne bakgrunn skal man kanskje være noe varsom med å overføre de nokså strenge kriteriene som Høyesterett legger til grunn i Myhrer-saken til personskadesaker generelt. Høyesterett innledet på den annen side sine premisser med å understreke at foreldelsesvurderingen måtte bli den samme uansett hvilken side skadelidte befant seg på.<sup>930</sup> Men selv om Høyesterett prinsipielt inntok dette synspunktet, fremstår foreldelsesvurderingen som noe skjerpet i forhold til det som både tidligere og senere har vært Høyesteretts linje overfor skadelidte i personskadesaker.<sup>931</sup> Det kan således være noe tvilsomt i hvilken grad Høyesterett faktisk fulgte opp sitt prinsipielle synspunkt om at foreldelsesvurderingen måtte bli den samme selv om det var skadelidte som argumenterte for foreldelse. Rekkevidden av avgjørelsen på dette punkt, må formodentlig kunne sies å være usikker.

Dersom skadelidte gjør krav på erstatning for varig tap av ervervsevnen, kan foreldelsesfristen selvsagt ikke begynne å løpe før det kan slås fast som sannsynlig at skaden vil ha denne virkning. Men også her må det presiseres at foreldelsesfristen kan ta til å løpe selv om man ikke har *helt sikker* kunnskap om slike skadevirkninger. Det vil ofte være vanskelig å ha en helt sikker formening om at skaden vil medføre varig tap av ervervsevnen. For eksempel vil et mulig håp om forbedring ikke nødvendigvis være til hinder for at foreldelsesfristen begynner å løpe.<sup>932</sup> Hvis man derimot antar som sannsynlig at skaden etter hvert vil heles, men dette senere viser seg å være feil, kan man selvsagt ikke si at foreldelsesfristen for et eventuelt krav om varig fremtidig tap, allerede er begynt å løpe.<sup>933</sup>

Vi har ovenfor slått fast at foreldelsesfristen for et krav om erstatning for økonomisk tap ikke begynner å løpe før skadelidte får, eller burde ha fått, kunnskap om at et slikt tap vil inntre. I henhold til rettspraksis er det avgjørende tidspunkt når skadelidte har en *rimelig god oversikt* over det sannsynlige tap. På den annen side ser det ut til at foreldelsesfristen kan begynne å løpe før det kan foretas noen *nøyaktig* tapsberegning. I praksis har det særlig vært et spørsmål om forholdet til trygdeytelser.

Situasjonen er ofte den at skadelidte også har søkt om trygdeytelser. Trygdeytelser som kompenserer for skadevirkningene, skal komme til fradrag når det økonomiske tap etter skaden skal beregnes, jf skadeserstat-

929.Rt 1997 s 1070 på s 1079.

930.Rt 1997 s 1070 på s 1079.

931.Nygaard 1998 s 222-223 og s 225 er kritisk til den strenge vurderingsnorm som Høyesterett la til grunn i Myhrer-saken.

932.Rt 1992 s 64 (på s 81).

933.Rt 1998 s 587 (på s 592-593).

ningsloven § 3–1 tredje ledd første punktum og § 3–2 første ledd siste punktum. Ettersom trygdeytelser kommer den erstatningsansvarlige til gode i erstatningsberegningen, kan det synes rimelig at foreldelsesfristen for erstatningskravet ikke begynner å løpe før skadelidte får avklart om han får trygdeytelser og i hvilken grad disse dekker det økonomiske tap etter skaden. På dette punkt har imidlertid rettspraksis vært meget streng, i hvert fall i nyere tid, idet Høyesterett prinsipielt har slått fast at foreldelsesfristen kan begynne å løpe uavhengig av trygdespørsmålets avklaring, jf *Albrigtsen-saken* fra 1996 og *Myhrer-saken* fra 1997:

Albrigtsen-saken fra 1996:

«Albrigtsen har...anført at foreldelsesfristen for alvorlige personskader ikke bør begynne å løpe før skadelidte har fått underretning om utfallet av søknad om uførepensjon. [...] Jeg kan...ikke se at reelle grunner tilsier at det bør oppstilles en generell regel med det innhold den ankende part går inn for. Når skadelidte har eller burde ha skaffet seg tilstrekkelig kunnskap om at det vil oppstå et fremtidig inntektstap som følge av skaden og om den ansvarlige, vil søksmålsgrunnlag normalt foreligge, slik rettspraksis også har lagt til grunn. At tapets størrelse ikke lar seg endelig påvise fordi et krav om uførepensjon ikke er avgjort, kan ikke være avgjørende. Jeg viser til tvistemålsloven § 107 som gir hjemmel for å stanse behandlingen av en erstatningssak dersom erstatningsutmålingen er avhengig av utfallet av søknad om en trygdeytelse. Det må antas å være i begge parter interesse at dette blir avklart. Jeg peker også på at avgjørelsen av krav om erstatning for tap i fremtidig erverv beror på et skjønn med mange usikkerhetsfaktorer – det er ikke tale om et tap som lar seg beregne nøyaktig.»<sup>934</sup>

Myhrer-saken fra 1997:

«Lagmannsretten har korrekt uttalt at skadelidte må ha en viss oversikt over det sannsynlige tap, men for streng her kan man ikke være. Lagmannsrettens syn om at trygdeytelsene må være fastsatt for at kunnskapskravet er tilfredsstillt, idet de skal komme til fradrag i erstatningsbeløpet etter skadeserstatningsloven § 3–1 tredje ledd, er derimot ikke holdbart, jf Høyesteretts dom inntatt i Rt 1996 side 1134.»<sup>935</sup>

Høyesterett standpunkt innebærer at skadelidte, for å forhindre foreldelse, etter omstendighetene må innlede søksmål mot den erstatningsansvarlige mens han venter på avklaring fra trygdemyndighetene. Det hjelper ikke at erstatningskravets størrelse ennå er usikkert. Det er ikke engang avgjørende om det er uklart om det overhodet blir noe igjen å kreve dersom trygdeytelser tilstedes. Dette setter skadelidte i en vanskelig situasjon. Riktignok kan saken, som Høyesterett påpeker, stanses etter tvistemålsloven § 107. Men skadelidte kan risikere å bli ansvarlig for motpartens saksomkostninger, dersom det skulle vise seg at søksmålet må frafalles fordi skadelidte oppnår full økonomisk restitusjon gjennom trygderettighetene, jf tvistemålsloven § 67.

### 19.2.3 Kunnskap om den ansvarlige

For at skadelidte skal kunne fremme erstatningskrav, er det ikke tilstrekkelig at skadelidte har avklart skadesituasjonen. For å ta stilling til om det er

934.Rt 1996 s 1134 på s 1139.

935.Rt 1997 s 1070 på s 1079.

grunnlag for å kreve erstatning, må skadelidte også kjenne til den ansvarlige årsak. Dette betyr igjen at skadelidte må ha kjennskap *både* til de faktiske omstendigheter som er ansvarsbetingende (kjennskap til ansvarsgrunnlaget) *og* hvem som er ansvarlig (kjennskap til ansvarssubjektet).

#### *Kunnskap om ansvarssubjektet*

Kunnskap om (det eventuelle) ansvarssubjektet er som utgangspunkt lite problematisk i forbindelse med tobakksskader. Den enkelte tobakksforbruker vet selv hvilke produkter han eller hun har brukt, og det lar seg enkelt fastslå hvilke tobakksselskaper som står for hvilke tobakksprodukter.

Ved skade på grunn av passiv røyking vil spørsmålet om ansvarssubjekt derimot kunne volde problemer, avhengig av omstendighetene omkring skadesituasjonen. Foreldelsesfristen kan ikke ta til å løpe før skadelidte har hatt rimelig tid på seg til å klarlegge hvor et eventuelt ansvar ligger.

Det kan videre oppstå kompliserte spørsmål i tilknytning til omorganiseringer og virksomhetsoverdragelser innen tobakksbransjen opp gjennom årene. Det må imidlertid forventes at tobakksselskapene selv er behjelpelige med å avklare de faktiske forhold omkring virksomhetsoverdragelser og virksomhetsstrukturer.

Eventuelle erstatningskrav fra fylkeskommuner for å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer ved sykehus, vil naturlig måtte rettes mot tobakksselskapene samlet eller mot de største selskapene.

#### *Kunnskap om ansvarsgrunnlaget*

At skadelidte må ha kunnskap om de faktiske omstendigheter som utgjør det eventuelle ansvarsgrunnlaget, innebærer at foreldesspørsmålet vil kunne stille seg forskjellig alt etter hvilket ansvarsgrunnlag skadelidte gjør gjeldende.<sup>936</sup> Det vil nemlig kunne være ulike faktiske omstendigheter som begrunner et objektivt ansvar i forhold til skyldansvar. Dermed vil tidspunktene for når skadelidte får kunnskap om de ulike ansvarsbetingende omstendigheter, og med det friststart for foreldelsen, kunne variere. Men ofte vil det nok også kunne være et sammenfall her.

I forbindelse med tobakksskader kan vi for eksempel tenke oss at skadelidte ønsker å gjøre ansvar gjeldende dels på objektivt grunnlag og dels på subjektivt grunnlag. Vi kan tenke oss at skadelidte bygger det objektive ansvar på tobakksproduktene ekstraordinære skadeevne. Foreldelsesfristen for dette objektive ansvar vil kunne ta til å løpe fra det tidspunkt skadelidte får kjennskap til den skadeevne som har slått ut på ham eller henne. I tobakkssaker kan det for skadelidte være aktuelt å gjøre gjeldende at selv om det lenge har vært kjent at tobakksbruk kan innebære en helserisiko, så har det vært ukjent *hvor* farlig tobakk er. Dette vil fortsatt ligge innenfor det som kan tenkes anført som et objektivt virksomhets- og/eller produktansvar. Men hvis skadelidte i tillegg skulle anføre at noe av grunnen til at helsefaren har vært undervurdert, er tilbakeholdelse av vesentlig produktinformasjon fra tobakksselskapenes side, da er vi over i forhold som også kan tenkes å

936.Kjønstad og Tjomsland 1983 s 84.

begrunne et skyldansvar. Dermed ser vi at det samme forhold – manglende informasjon – både kan tenkes å begrunne et objektivt ansvar (den manglende kunnskap i seg selv) og subjektivt ansvar (tilbakeholdelsen av informasjon). Treårsfristen kan ikke begynne å løpe så lenge de faktiske forhold som begrunner erstatningskravet har vært ukjente eller utilgjengelige for skadelidte.

På den annen side kan det ikke ses bort fra at de faktiske forhold som begrunner et erstatningskrav på objektivt grunnlag og de forhold som begrunner skyldansvar, kan være forskjellige. Dermed kan det også tenkes at foreldelsesfristen for de ulikt begrunnede erstatningskrav kan ta til å løpe på forskjellige tidspunkter.

#### *Kunnskap om årsaksforhold*

Et hovedspørsmål i erstatningsvurderingen er om den påførte skaden kan tilbakeføres til ansvarsbetingende forhold hos den angivelig erstatningsansvarlige. For eksempel kan et tobakkserstatningskrav ikke fremmes før det er avklart om den aktuelle skaden eller sykdommen virkelig skyldes tobakkspåvirkning. Foreldelsesfristen kan da heller ikke begynne å løpe før skadelidte har kunnet få rimelig sikker kunnskap om årsaksforholdene. Årsaksspørsmålet henger nært sammen med selve skadespørsmålet, og vil ofte kunne avklares i forbindelse med den endelige diagnostisering av skaden og dens omfang.

Også i relasjon til foreldelse vil de to spørsmålene om skade og skadeårsak ligge nær hverandre. Således har legeerklæringer en spesielt sentral plass i vurderingen av når skadelidte anses å ha fått tilstrekkelig kunnskap om sin situasjon til at foreldelsesfristen begynner å løpe. En selvsagt forutsetning for at foreldelsesfristen kan ta til å løpe, er at skadelidte er meddelt resultatene av legeundersøkelsene.<sup>937</sup> En ugrunnet mistanke om årsaksforholdene er ikke tilstrekkelig til å starte foreldelsesfristen.<sup>938</sup> En begrunnet mistanke om årsaksforhold vil stort sett heller ikke være tilstrekkelig til å starte foreldelsesfristen så lenge årsaksspørsmålet er under utredning hos sakkyndige.<sup>939</sup> Høyesterett har endog understreket at en bestemt oppfatning hos skadelidte om hva skaden skyldes, ikke nødvendigvis starter foreldelsesfristen. Skadelidte må også gis rimelig tid til å få årsaksspørsmålet nærmere avklart og dokumentert før skadelidte kan forventes å ta stilling til erstatningsspørsmålet.<sup>940</sup>

Det avgjørende tidspunktet for foreldelsesfristens start, er som utgangspunkt det øyeblikk hvor det foreligger en sakkyndig erklæring som med ganske stor grad av sikkerhet slår fast skaden og dens årsak.<sup>941</sup> Årsaksspørsmålet kan være komplisert, og det er grunn til å fremheve at det også kan være behov for annet enn medisinsk sakkyndig bistand. Et eksempel er *Myhrer-saken* fra 1997, hvor Høyesterett understreket at en mistanke om

937.Rt 1994 s 190 (på s 194).

938.Rt 1997 s 1070 (på s 1079-1080).

939.Rt 1996 s 1134 (på s 1140 øverst).

940.Rt 1996 s 1134 (på s 1140-1141). Det var dissens 4-1 med hensyn til den konkrete vurdering på dette punkt.

941.Se for eksempel Rt 1972 s 965 (på s 968) og Rt 1977s 1092 (på s 1094-1095).

løsmiddelskade gjorde det påkrevd med undersøkelser av representanter fra så vel nevrologi, nevropsykologi og yrkesmedisin.<sup>942</sup>

#### 19.2.4 Skadelidtes aktsomhetsplikt

I vurderingen av foreldelsesfristens utgangspunkt er det ikke nødvendigvis avgjørende når skadelidte *faktisk* fikk kunnskap om skaden og dens årsak. Av foreldelsesloven § 9 fremgår det uttrykkelig at man skal se hen til når skadelidte *burde* ha skaffet seg tilstrekkelig kunnskap. Skadelidte har en aktivitetsplikt med hensyn til å bringe klarhet i eventuelle ansvarsforhold, men undersøkelsesplikten er ikke særlig streng. I *Arnesen-saken* fra 1994 uttalte Høyesterett prinsipielt om skadelidtes aktsomhetsplikt i foreldelsesammenheng:

«Det springende punkt i saken gjelder ansvarsbetingelsene, nærmere bestemt om Arnesen hadde eller burde skaffet seg kunnskap om at det forelå årsakssammenheng mellom ulykken og den forverring som var inntrådt. Foreldelsesfristen kan begynne å løpe selv om en skadelidt ikke har positiv kunnskap om at ansvarsbetingelsene er oppfylt og at det foreligger årsakssammenheng. Det avgjørende er om skadelidte har rimelig foranledning til å gå til søksmål. Skadelidte har en undersøkelsesplikt, forutsatt at undersøkelsene kan føre frem uten urimelig besvær. Særlig kan det være aktuelt å søke avklaring hos lege, eventuelt spesialist.»<sup>943</sup>

Ifølge Høyesterett er altså det avgjørende vurderingskriterium hva skadelidte kan foreta seg *uten urimelig besvær*. Først og fremst vil det være aktuelt for skadelidte å la seg undersøke hos lege. Hvis skadelidte føler plager som ikke er helt ubetydelige, og plagene heller ikke er kortvarige og forbigående, bør skadelidte ikke vente lenge med å oppsøke lege. Skadelidtes nærmere undersøkelsesplikt må imidlertid vurderes i lys av plagenes karakter. Hvis det er tale om diffuse og vanskelig konstaterbare symptomer, og skadelidte kanskje har problemer med å få en klar diagnose og forklaring fra medisinsk sakkyndige, kan det ikke kreves meget av skadelidtes undersøkelsesplikt.<sup>944</sup> Dette gjelder fremfor alt i de tilfeller legevitenenskapen selv har manglende kunnskap om vedkommende skade eller sykdom og dens årsaker.<sup>945</sup> Skadelidte har som utgangspunkt ikke «plikt» til å gå til lege til stadighet.<sup>946</sup>

Skadelidte vil ikke uten videre ha «plikt» til å oppsøke medisinsk spesialist. I det store og hele må det være tilstrekkelig for skadelidte å søke alminnelig legebistand. Men omstendighetene omkring skadesituasjonen kan selvsagt tilsi at skadelidte bør søke nærmere avklaring hos en spesialist på vedkommende område, for eksempel fordi det anbefales av skadelidtes lege eller det ikke har vært mulig å bringe klarhet i skadeforholdet gjennom ordinære legeundersøkelser. I *Kulsrud-saken* fra 1998 uttalte Høyesterett om dette:

942.Rt 1997 s 1070 (på s 1079 nederst – 1080 øverst).

943.Rt 1994 s 190 på s 194.

944.Rt 1992 s 603 (på s 610).

945.I rettspraksis fra de senere år har dette særlig vært fremme i forbindelse med de såkalte nakkeslengskader. Se for eksempel Rt 1992 s 603, Rt 1994 s 190 og Rt 1998 s 587.

946.Matningsdal 1980 s 499-500.

«Jeg finner det for min del klart at man ikke i sin alminnelighet kan kreve undersøkelse av spesialist, så lenge skadelidte er undersøkt av en allmennpraktiserende lege som ikke har funnet grunnlag for henvisning til spesialist, og dette heller ikke er brakt på bane av forsikringsselskapet. At en spesialist som holder et alminnelig faglig nivå, ville ha konstatert en skade som er erstatningsmessig relevant, vil da ikke sette foreldelsesfristen i løp. For ordens skyld bemerker jeg at det selvfølgelig ikke kan utelukkes situasjoner som ligger slik an at skadelidte på tross av manglende henvisning kan ha en særlig foranledning til å innhente spesialistuttalelse med sikte på å konstatere skaden.»<sup>947</sup>

I vurderingen av hva som nærmere ligger i kriteriet «urimelig besvær» som en grense for skadelidtes undersøkelsesplikt, har Høyesterett gått langt i å vektlegge særskilte omstendigheter ved den enkelte skadelidtes subjektive opplevelse av skadesituasjonen.<sup>948</sup> I *Arnesen-saken* fra 1994 aksepterte Høyesterett at når skadeårsaken ikke var avklart etter spesialistundersøkelser, kunne man ikke kreve at skadelidte også skulle ha oppsøkt et særskilt legesenter som hun nærret en viss uvilje mot:

«Spørsmålet blir da om ... Arnesen burde ha foretatt seg noe mer for å få avklart om det kunne være årsakssammenheng mellom ulykken og hennes psykiske reaksjoner. Et moment i denne forbindelse er at hun ikke hadde pådratt seg noen ny sykdom og heller ikke hadde vært utsatt for noen ny ytre påkjenning.

Jeg finner ikke å kunne legge noen vekt på at hun ikke reiste til [A] Helsesportsenter. Grunnen til at hun ikke reiste dit var at hun hadde erfaring for at den type behandling som ble gitt ved senteret ville være en belastning for henne, og at legene heller ikke hadde gitt henne noe håp om at behandlingen ville hjelpe ... . Etter det som er opplyst, kan jeg ikke se at det var noe urimelig standpunkt hun inntok ved ikke å ta imot tilbudet.

Etter min mening kan man ikke med rimelighet kreve at ... Arnesen skulle ha foretatt seg noe mer for å få avklart om det var årsakssammenheng. Hun baserte seg på uttalelser gitt av spesialistene i fylket grunnet på omfattende medisinsk utredning. Jeg mener det vil være å strekke skadelidtes undersøkelsesplikt for langt om man i dette tilfelle skulle kreve mer enn det hun gjorde.»<sup>949</sup>

I *P-pillesak II* fra 1992 godtok Høyesterett at det gikk lang tid (omkring 6–7 år) før skadelidte tok skritt til å undersøke sin skadesituasjon, selv om avklaring kunne ha vært oppnådd raskt etter skadens inntreden. Høyesterett viste til at skaden var gått så sterkt inn på skadelidte og hennes mentale tilstand at det ikke var rimelig å kreve at skadelidte umiddelbart skulle erkjenne sin situasjon og ta initiativ til medisinske undersøkelser og saksanlegg:

«Jeg er etter dette kommet til at jeg ikke har grunnlag for å fravike oppfatningen til professor Reinvang; nemlig at A frem til årsskiftet 1982–1983 på grunn av en psykisk blokkering var forhindret fra å ivareta sine interesser i erstatningssaken. Det kan da ikke legges A til last at hun ikke avbrøt foreldelsen tidligere. Det har fra Organons side vært anført

947.Rt 1998 s 587 på s 593.

948.Se særlig Rt 1992 s 64, Rt 1994 s 196 og Rt 1997 s 1175.

949.Rt 1994 s 190 på s 196.

at selskapet ikke kan ha risikoen for en eventuell psykisk blokkering hos A. Dette er jeg ikke enig i. Den psykiske blokkering er i dette tilfellet nettopp en konsekvens av den skade som er grunnlaget for erstatningskravet.»<sup>950</sup>

Dette er synspunkter som også kan tenkes anvendt i individuelle tobakkserstatningssaker.

For offentlige myndigheter, hvor det i forbindelse med tobakksskader er spørsmål om å kreve erstatning for et formuestap, er det naturligvis ikke aktuelt å vektlegge slike spesielle subjektive forhold i foreldelsesvurderingen. Foreldelsesfristen for å kreve erstatning for påførte utgifter til å behandle tobakksskader på sykehus, må anses å starte idet utgiftene til sykehusbehandlingen påløper. I praksis må man formodentlig legge behandlingstidspunktet til grunn. Strengt tatt kunne man tenke seg at man splittet opp utgiftspostene i slikt som bruk av medisinsk utstyr, medisiner og lønn til leger og annet behandlingsspersonell, hver med sitt eget fristutgangspunkt fra det øyeblikk utgiftene oppstår. Det er imidlertid så upraktisk at det ikke kan antas.

#### **19.2.5 Kan skadelidte unnskylde seg med at han eller hun var ukjent med erstatningsreglene?**

Det kan tenkes at skadelidte kjenner til skaden og de faktiske omstendigheter omkring skadeforvoldelsen, men at skadelidte ikke vet at rettsreglene gir ham eller henne et krav på erstatning. Skadelidte kan for eksempel være ukjent med innholdet av aktsomhetsnormen eller at norsk rett anerkjenner erstatningsansvar uten skyld (ansvar på objektivt grunnlag). Hvis skadelidte ikke kjenner til at rettsreglene gir ham/henne et erstatningskrav, vil skadelidte heller ikke ha oppfordring om å gå til sak. Spørsmålet som oppstår er om foreldelsesfristen likevel kan begynne å løpe, eller om friststart først er ved det senere tidspunkt hvor skadelidte får rede på at han eller hun kan ha et berettiget erstatningskrav.

Utgangspunktet i norsk rett er at skadelidte selv må bære risikoen for eventuell rettsvillfarelse og uvitenhet om rettsreglenes innhold.<sup>951</sup> Noe annet ville skape stor usikkerhet ved foreldelsesinstituttet. Det ligger for så vidt i skadelidtes undersøkelsesplikt at skadelidte ikke nødvendigvis kan nøye seg med å få avklart de faktiske omstendigheter omkring skadesituasjonen, men at skadelidte også må undersøke sin rettstilling, for eksempel ved å forhøre seg med advokat.<sup>952</sup> Foreldelsesfristen vil således kunne begynne å løpe selv om skadelidte ikke er klar over ansvarsreglene.

I spesielle tilfelle har domstolene likevel akseptert at skadelidtes uvitenhet om rettsreglene har utskutt foreldelses friststart. I *Berge-saken* fra 1959 hadde en 15 år gammel gutt kommet alvorlig til skade da han under overværelse av en bilreparasjon ved et bilverksted fikk brennende bensin over seg. Gutten og hans mor visste ikke hvem som var bilens eier, og det gikk derfor ganske lang tid før gutten fikk rede på at det var mulig å reise erstatningskrav

950.Rt 1992 s 64 på s 82. Dissensen mellom dommerne (3-2) gjaldt bevisspørsmål, ikke spørsmålet om foreldelse.

951.Rt 1979 s 492 (på s 497-498) og Rt 1992 s 64 (på s 82). Se også Matningsdal 1980 s 505-506, Kjønsstad og Tjomsland 1983 s 83-87; Tjomsland 1987 s 340, Røed 1997 s 204-206 og 229-231 og Nygaard 2000 s 416-417.

952.Rt 1992 s 64 (på s 82).



mot bilforsikringsselskapene også når skaden var voldt av ukjent motorvogn. Høyesteretts flertall fant at regelen om forsikringsselskapenes ansvar for ukjent motorvogn var så spesiell, at rettsvillfarelsen måtte anses unnskyldelig og at foreldelse ikke var inntrådt:

«Jeg må gå ut fra at ... Berge og hans mor nokså snart etter ulykken har vært kjent med alle de faktiske omstendigheter ved ulykken, således den rolle som bilen og bilens fører hadde spilt. De visste også at bilen og bilføreren var ukjent. Derimot er det på det rene mellom partene at hverken ... Berge selv, hans mor eller den juridiske rådgiver som moren hadde vendt seg til straks etter ulykken, kjente bestemmelsene i motorvognlovens § 11, siste avsnitt, og således ikke kjente til at Felleskontoret eksisterte og at dette kunne gjøres ansvarlig innenfor garantibeløpets ramme for skader som skyldes ukjente motorvogner. ... Berge og hans mor ble først kjent med lovens bestemmelser på dette punkt og med adgangen til å saksøke Felleskontoret sommeren 1952 ... . Jeg har funnet spørsmålet tvilsomt, men er blitt stående ved at ... Berge og moren ikke kan sies å ha vært vitende om den «ansvarlige» når de ikke hadde kjennskap til den positive ordning som loven her instituerte i 1935.»<sup>953</sup>

I *Olsen-saken* fra 1960 hadde en drosjeeier fått avslag på søknad om drosjebevilling, men først fire år senere reist krav om erstatning under henvisning til at avslaget var ugyldig.<sup>954</sup> Høyesterett aksepterte likevel at erstatningskravet ikke var foreldet under henvisning til at avslaget hadde fremstått som korrekt og uangripelig, og at det tok tid før drosjeeieren fikk kunnskap om de særskilte retningslinjer som gjaldt ved tildeling av drosjebevilling.

I *Gaup-saken* fra 1979 var det spørsmål om et erstatningskrav for reinbeiteskader, påført i forbindelse med statlige utbyggingsprosjekter i Finnmark, var foreldet.<sup>955</sup> Utbyggingene fant sted i 1956–1957 og i 1963–1966, men erstatningskravet mot staten ble ikke fremmet før i 1971. Høyesterett kom til at foreldelse ikke var inntrådt til tross for at samene lenge hadde hatt kunnskap om de faktiske omstendigheter. Høyesterett fant at rettstilstanden for samene på utbyggingstidspunktet og senere var så uavklart og ukjent for samene, at man ikke kunne stille særlig strenge krav til samenes undersøkelses- og aktivitetsplikt.

I *P-pillesak II* fra 1992 fant Høyesterett at skadelidtes psykiske problemer etter skaden måtte tas i betraktning i vurderingen av skadelidtes undersøkelsesplikt.<sup>956</sup>

De sakene som her er nevnt som eksempler på at rettssvillfarelse er blitt akseptert som unnskyldningsgrunn for at skadelidte ikke har fremmet krav tidligere, er alle spesielle og det er vanskelig å trekke ut klare retningslinjer. Et gjennomgangstrekk synes imidlertid å være at *alminnelige* erstatningsrettslige prinsipper og regler forutsettes kjent for skadelidte, mens det lettere

953.Rt 1959 s 525 på s 527-528. Dissensen i Høyesterett gjaldt ikke foreldelsen, men spørsmålet om dette var et skadetilfelle som overhodet falt inn under bilansvarets anvendelsesområde. Regelen om forsikringsselskapenes ansvar for skade voldt av ukjent motorvogn, finnes i dag i bilansvarsloven av 3. februar 1961 § 10 andre ledd.

954.Rt 1960 s 748.

955.Rt 1979 s 492.

956.Rt 1992 s 64.

godtas at skadelidte er ukjent med at det i visse livsforhold kan finnes *særskilte* ansvarsregler.

I forbindelse med tobakksskader gjør det seg imidlertid gjeldende enkelte særtrekk som nok bør tas i betraktning i foreldelsesvurderingen. Oppfatningen i Norge, i likhet med andre land, synes lenge å ha vært – og er vel i stor utstrekning ennå – at erstatningskrav mot tobakksindustrien er utelukket idet alle har kjent til helsefarene. Som vist i del II ovenfor (kapitlene 6–10), har det ved avdekkingen av de amerikanske tobakksselskaperes arkiver funnet sted et omslag i USA, idet man har fått ny kunnskap om *hvor* farlige og avhengighetsskapende tobakksproduktene er. Denne nye kunnskapen har rekkevidde og interesse utover USA. Derfor tvinger dette frem også i Norge en ny gjennomtenkning og nyansering av hva den erstatningsrettslige lære om «aksept av risiko» egentlig innebærer. Se nærmere i kapittel 16 ovenfor. Og dette går ikke bare på faktiske forhold, men også på rettsoppfatningen.

Oppfatningen om at det er utelukket å kreve erstatning av tobakksselskaperne for tobakksskader, har ikke bare gjort seg gjeldende blant folk flest, men også blant juristene og myndighetene. Når denne oppfatningen nå rokkes gjennom ny erkjennelse om tobakksproduktenes innhold, fremstilling og virkning, og denne nye erkjennelse gir grunn til domstolsprøvelse, bør man neppe være for streng i vurderingen av hvilke rettslige grunnlag for erstatning som kunne ha vært anført før og nå.

### 19.3 Tyveårsfristen

---

#### 19.3.1 Innledning

Etter foreldelsesloven §9 andre ledd er det som utgangspunkt en absolutt tyveårs foreldelsesfrist for erstatningskrav. Dette innebærer at skadelidte, som hovedregel, vil være avskåret fra å kreve erstatning når det er gått 20 år etter at den skadegjørende handling eller virksomhet fant sted. Dermed kan erstatningskravet være foreldet før skadelidte får tilstrekkelig kunnskap om omstendighetene omkring skaden, ja endog før skaden inntreffer. Foreldelsesloven §9 andre ledd gir imidlertid rom for unntak fra tyveårsfristen. Tyveårsfristen og unntaket fra denne er temaet i det følgende.

#### 19.3.2 Friststart for tyveårsfristen

Tyveårsfristen regnes fra den dag «den skadegjørende handling eller annet ansvarsgrunnlag opphørte». Friststart vil med dette avhenge av ansvarsgrunnlaget, eller om man vil; av hvilke forhold som av skadelidte anføres som ansvarsbetingende.

Friststart er knyttet til tidspunktet for når de ansvarsbetingende forhold opphørte. Å trekke noe skille mellom begynnelse og opphør av en skadegjørende handling er først og fremst aktuelt hvis det er tale om vedvarende skadeforvoldelse eller vedvarende ansvarsbetingende forhold. I disse tilfellene begynner tyveårsfristen altså ikke å løpe allerede ved at den skadegjørende handling iverksettes eller settes i gang. Dersom skaden skyldes aktivitet over et langt tidsrom, vil med andre ord tyveårsfristen begynne først når aktiviteten slutter.<sup>957</sup> Hvis skaden skyldes unnlattelse av å oppfylle en handlepplikt, kan tyveårsfristen ikke begynne å løpe så lenge unnlatelsen vedvarer,

med mindre handleplikten opphører eller forsømmelsen ikke lenger kan medføre skade.<sup>958</sup>

I forbindelse med tobakksskader kan man tenke seg at skadelidte fremmer krav om erstatning på ulike grunnlag, og friststart for tyveårsregelen må da vurderes konkret i tilknytning til det enkelte anførte ansvarsgrunnlag. Det er vanskelig å gi noen uttømmende oppregning av alle mulige ansvarsforhold som kan tenkes anført i forbindelse med tobakksskader, men erfaringene fra utlandet viser at det faktiske grunnlaget for erstatningskravet typisk sett vil bestå i vedvarende forhold, eller omstendigheter over en lengre tidsperiode.

Dersom for eksempel ansvar gjøres gjeldende på rent objektivt grunnlag – altså på grunnlag av tobakksproduktenes ekstraordinære skadevoldende egenskaper – så må friststart som utgangspunkt være det tidspunkt hvor tobakksproduktet tilbys i salg, eventuelt konsumerings tidspunktet. På den annen side vil tobakksskader i det store og hele være utslag av langvarig bruk, og det er da viktig å presisere at denne bruk naturligvis må ses i sammenheng, ikke bare bruken i løpet av de siste tyve årene. Hvis det objektive ansvaret derimot skulle bygge på særskilte faremomenter ved produktet som *ikke* lenger foreligger, for eksempel bruken av asbeststoffer i filteret til Kent-sigaretter i begynnelsen av 1950-årene, vil dette i dag være foreldet etter tyveårsfristen.<sup>959</sup> Men det avgjørende her, er at det ikke er tale om et vedvarende eller kontinuerlig faremoment ved sigarettene, men et helt avsluttet forhold.

Om skadelidte gjør skyldansvar gjeldende, vil friststart for tyveårsregelen som utgangspunkt bero på hva de anførte skyldforhold måtte bestå i. Men også her må man i forbindelse med vedvarende forhold se disse i sammenheng. Det kan for eksempel ikke være utelukket for en tobakksskadet person i dag å påberope at grunnen til at han eller hun i sin tid begynte å røyke sigaretter, blant annet var villedende tobakksreklame for mer enn tyve år siden. Og hvis grunnlaget for skyldansvar hevdes å være at tobakksselskapene har holdt tilbake viktig produktinformasjon, kan tyveårsfristen ikke anses å begynne å løpe så lenge hemmeligholdelsen vedvarer, med mindre informasjonen blir kjent for skadelidte på annen måte.

### 19.3.3 Unntak fra tyveårsfristen – innledning

For at skadelidte skal kunne gjøre gjeldende et erstatningskrav på grunnlag av omstendigheter som ligger mer enn 20 år tilbake i tid, må tre vilkår være oppfylt. For det første må det være tale om en personskade, jf foreldelsesloven § 9 andre ledd andre punktum. For det andre må skaden være forvoldt i ervervsvirksomhet, jf foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav a. Og for det tredje må den erstatningsansvarlige ha vært kjent med at de aktuelle skade-gjørende forhold innebar risiko for at liv kunne gå tapt eller at alvorlig helseskade kunne inntre, jf foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav b. Vilkårene er kumulative i den forstand at alle må være oppfylt for at unntaket skal gjelde.

Unntaket er ment å fange opp senvirkninger av ansvarsbetingende forhold i næringsvirksomhet, for eksempel yrkesskader og yrkessykdommer som først slår ut etter mer enn tyve år.<sup>960</sup> Unntaksregelen er ment å komme

957. Røed 1997 s 207.

958. Tjomsland 1987 s 341, Røed 1997 s 208, Bugge 1999 s 461 og Nygaard 2000 s 417.

959. Om asbeststoffene i Kent-filteret i 1950-årene, se punkt 9.3.5 ovenfor.

skadelidte i møte i tilfeller hvor den absolutte tyveårsfrist ville ha virket urimelig.

Hvis det først foreligger unntaksmomstendigheter, finnes det ingen absolutt foreldelsesfrist. For den type skadetilfelle og momstendigheter som faller inn under unntaket, kan altså erstatningsansvar gjøres gjeldende i ubestemt tid. Det er imidlertid viktig å understreke at den alminnelige treårsfrist alltid gjelder. Skadelidte må således alltid aksjonere overfor den erstatningsansvarlige innen tre år etter at han fikk eller burde ha fått kunnskap om skaden og ansvarsforholdene (kfr gjennomgangen av treårsfristen i punkt 19.2 ovenfor).

#### 19.3.4 Unntaket betinger for det første at det foreligger personskade

Personskadeunntaket i foreldelsesloven § 9 andre ledd omfatter både fysisk og psykisk skade.<sup>961</sup> Dette vil omfatte alle direkte skadevirkninger av tobakksbruk, slik som for eksempel skade og sykdom i lunge og/eller hjertekarsystemet på tobakksbrukeren selv og/eller personer som blir utsatt for tobakksmiljørøyk.

Tingskader faller utenfor. Erstatningskrav basert på tingskade vil derfor alltid være underlagt den absolutte tyveårsfristen, med mindre det måtte finnes særskilte unntaksregler ellers i lovgivningen. Begrensningen for tingskader er uten betydning i tobakkserstatningssaker.

Det kan reises spørsmål om formuestap som inntreffer som en *avledet* følge av personskade, også skal ses som en «personskade» og således kunne unntas fra tyveårsfristen. I relasjon til tobakkskader oppstår spørsmålet særlig i forbindelse med etterlattes eventuelle krav på forsørgertapserstatning og i forbindelse med et eventuelt krav fra offentlige myndigheter overfor tobakksindustrien om erstatning for utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus. Hvis formuestap etter sin art faller utenfor personskadeunntaket, innebærer det at offentlige myndigheter er avskåret fra å bygge noe krav på eventuelle ansvarsbetingende forhold som opphørte for mer enn 20 år siden.

Forsørgertap må være omfattet av personskadeunntaket i foreldelsesloven § 9 andre ledd, selv om forsørgertap rammer en tredjepart.<sup>962</sup> Etter alminnelig juridisk språkbruk omfatter personskadebegrepet også skade som medfører død. Hvis forsørgertap ikke anses å være dekket, vil man komme i den eiendommelige situasjon at unntaksregelen – som altså er ment som en særskilt beskyttelse for skadelidte – settes ut av spill hvis skadeutfallet er fatalt. Og det kan ikke være riktig. Det er for øvrig ikke ukjent i erstatningsretten at forsørgertapserstatning innlemmes i regler som er ment å gi den direkte skadelidte et særskilt erstatningsrettslig vern. For eksempel er forsørgertap omfattet av særreglene i yrkesskadeforsikringsloven, selv om lovens innledende bestemmelse taler om «personskade påført arbeidstakere hos arbeidsgivere».<sup>963</sup>

960.Ot prp nr 46 (1987-88), især s 9-10.

961.Ot prp nr 46 (1987-88) s 17 sp 1 og Røed 1997 s 209.

962.Tjomsland 1989 s 107.

963.I yrkesskadeforsikringsloven § 12 andre ledd er det uttrykkelig presisert at forsørgertap faller inn under lovens skadebegrep. Se også Kopperud 1992 s 18 og Nordby 1992 s 353.

Hva så med et eventuelt erstatningskrav fra offentlige myndigheter for behandlingsutgifter på sykehus? Kan slike skadefølger unntas fra tyveårsfristen?

Ettersom forsørgertapserstatning må være omfattet av personskadeunntaket i foreldelsesloven § 9 andre ledd, kan det anføres det i hvert fall ikke er noe *prinsipielt* i veien for at også andre typer av avledete skadefølger i form av formuesskade som rammer tredjemann, kan inkluderes.

Spørsmålet om personskadebegrepet også omfatter avledete skadefølger, er ikke drøftet i forarbeidene til unntaksregelen.<sup>964</sup> Forarbeidene fokuserer bare på selve personskaden. Det understrekes at skadelidte har et større behov for erstatningsrettslig vern ved personskade enn ved tingskader, og at de hensyn som i alminnelighet begrunner foreldelsesinstituttet i unntakstilfelle bør vike av rimelighetshensyn for skadelidte.<sup>965</sup> Av motivene og de eksemplene som nevnes, kan det neppe være tvilsomt at lovgiver primært har hatt i tankene den som *direkte* blir rammet av skade eller sykdom med lang latensid, slik som kreftsykdommer, støvlungesykdommer (silikose, asbestose), løsemiddelskader, forgiftninger og miljøskader.<sup>966</sup> På denne bakgrunn har det vært hevdet at avledete skadefølger som berører en utenforstående tredjemanns formue, må anses å falle utenfor de hensyn som begrunner unntaksregelen.<sup>967</sup> Dette taler for at sykehusutgifter for det offentlige ikke er omfattet av unntaksregelen.

På den annen side kan det innvendes at dersom man antar at formuesskade som rammer den personskadde selv faller inn under unntaksregelen i foreldelsesloven § 9 andre ledd, så er det liten grunn til å la unntaksregelens anvendelsesområde avhenge av hvorvidt det samme formuestap rammer ett eller to rettssubjekter. Synspunktet kan klargjøres ved et eksempel. La oss tenke oss at det oppstår personskade mer enn tyve år etter at den skadevoldende virksomhet opphørte, og at skadelidte blir påført utgifter til sykehusbehandling. Hvis først disse sykehusutgiftene på skadelidtes hånd i prinsippet anses å være en skadevirkning som er omfattet av unntaksregelen i foreldelsesloven § 9 tredje ledd, så fremstår det som vilkårlig og inkonsekvent at de samme utgiftene skal falle utenfor unntaksregelen bare fordi de rammer det offentlige. Dette kan tale for at det offentliges behandlingsutgifter ikke prinsipielt avskjæres fra unntaksregelen.

### 19.3.5 Unntaket betinger for det andre at skaden er voldt i ervervs- virksomhet

Det andre vilkåret for at unntaket fra tyveårsfristen skal gjelde, er at skaden er voldt i ervervsvirksomhet eller dermed likestilt virksomhet, jf foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav a.<sup>968</sup> Dette reiser to spørsmål: Hva ligger det i begrepet ervervsvirksomhet, og hva betyr det at skaden må være voldt i denne virksomheten?

Med «ervervsvirksomhet» sikter loven til enhver virksomhet eller aktivitet av økonomisk karakter, hva enten virksomheten drives av selskaper, sammen-

964.Ot prp nr 46 (1987-88) og Innst O nr 85 (1987-88).

965.Ot prp nr 46 (1987-88) s 10.

966.Ot prp nr 46 (1987-88) s 9 sp 1.

967.I denne retning, Tjomsland 1989 s 107.

968.For nærmere om dette vilkårets bakgrunn, se Røed 1997 s 210 med henvisninger.

slutninger for øvrig, næringsdrivende privatpersoner eller offentlige organer eller foretak.<sup>969</sup> Utenfor ervervsbegrepet faller ren privat aktivitet, for eksempel trafikkskader som oppstår ved privat bilbruk. Det er helt på det rene at tobakksselskapenes virksomhet er å anse som ervervsvirksomhet etter foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav a.

Hva betyr det så at skaden må være voldt i denne virksomheten? Under lovforberedelsen ble gjerne yrkesskadene fremhevet som eksempel på et område hvor unntaksregelen hadde sin berettigelse, for eksempel skadevirkninger etter arbeidstakernes miljøpåvirkning på arbeidsplassen.<sup>970</sup> Også i teorien ser man undertiden at unntaksregelen i foreldelsesloven § 9 andre ledd særlig knyttes til yrkesskadetilfellene.<sup>971</sup> Yrkesskadene kan gi et godt *eksempel* på skadetilfelle som kan tenkes unntatt den alminnelige tyveårsfristen, men det er helt på det rene at unntaksregelen ikke er begrenset til yrkesskadene. Det er skadelidtes vern i senskadetilfellene ganske generelt som er unntakets begrunnelse og anvendelsesområde.<sup>972</sup> Således presiseres det uttrykkelig i forarbeidene at unntaket ikke bare gjelder yrkesskadene, men også omfatter blant annet produktskader:

«Departmentet ser ut fra hensynet til skadelidte ingen grunn til å sonde mellom yrkesskader og f eks produktskader og forurensingsskader. Riktignok har de såkalte seinskadene hittil vist seg mest alminnelige i arbeidsforhold. Men også utenfor det området kan seinskader tenkes. Dette gjelder for det første ved stadig forurensning. Fortløpende forurensning over lang tid kan gjøre at en skade til slutt materialiserer seg. På samme måte har vi kunnskap om at skader som skyldes et produkts skadevoldende egenskaper først kan vise etter mange år.»<sup>973</sup>

På denne bakgrunn er det ikke tvilsomt at personskader som følge av tobakksbruk faller inn under begrepet «skade voldt i ervervsvirksomhet» etter foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav a.

### **19.3.6 Unntaket betinger for det tredje at den erstatningsansvarlige kjente til risikoen om alvorlig helseskade**

Til slutt er det etter foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav b et vilkår for å unnta skadetilfellet fra tyveårsfristen at den erstatningsansvarlige før opphøret av det skadevoldende forhold kjente eller burde kjenne til at de aktuelle forhold innebar risiko for liv eller alvorlig helseskade. Her ligger det altså et slags skyldkrav eller bebreidelsesvilkår. Det er uklart om vurderingen etter foreldelsesloven faller helt sammen med en alminnelig culpavurdering. Foreldelsesspørsmålet forutsetter at det i utgangspunktet finnes et ansvarsgrunnlag, og av ansvarsgrunnlag har vi såvel subjektive som objektive.<sup>974</sup> Av lovforarbeidene kan det se ut som om man særlig har hatt skyldansvaret i tan-

969.Ot prp nr 46 (1987-88) s 17 sp 1.

970.Se for eksempel Ot prp nr 46 (1987-88) s 9 sp 1 og s 13 sp 2 nederst – s 14 sp 1 øverst.

971.Se for eksempel Torvund 1997 s 266.

972.Se for eksempel Ot prp nr 46 (1987-88) s 3 sp 1, s 9 sp 1 og s 10 sp 2.

973.Ot prp nr 46 (1987-88) s 10 sp 2 (kursivering i original).

974.Se del III (kapitlene 11-14) ovenfor.

kene for unntaksregelen i foreldelsesloven § 9 andre ledd.<sup>975</sup> Dog nevnes det også at objektivt ansvar er omfattet av unntaksregelen.<sup>976</sup>

På ett punkt synes imidlertid vurderingen etter foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav b å være strengere enn etter en alminnelig culpavurdering. Unntaket fra tyveårsfristen er knyttet til skadevolders risikokunnskap alene, og ikke til hvorvidt skadevolder avverger eller forsøker å avverge skaden. Dette er i forarbeidene begrunnet i hensynet til skadelidte og retts tekniske hensyn.<sup>977</sup> Det vises også til at skyldansvar er uaktuelt hvis virksomheten har gjort sitt ytterste for å avverge skade. Begrunnelsen på dette punkt fremstår som lite overbevisende all den stund det er uklart om vilkåret i foreldelsesregelen § 9 andre ledd bokstav b er forbeholdt culpaansvaret.<sup>978</sup>

Kunnskapstemaet er «fare for liv eller alvorlig helseskade». Det er grunn til å merke seg at det er *tilstedeværelsen* av risiko som er det sentrale vurderingskriterium, ikke om den enkelte skade som måtte oppstå også er å anse som alvorlig.<sup>979</sup> Risiko for helt bagatellmessige skader er ikke tilstrekkelig til at skadevolder rammes av unntaksregelen.<sup>980</sup>

Det må foreligge en konkret risiko for skade. Det vil si at risikoen må knytte seg til et bestemt skadegjørende forhold og til en bestemt type senskade.<sup>981</sup> En helt ubestemt risiko, for eksempel om at legemidler kan ha bivirkninger, er ikke tilstrekkelig til at unntaksregelen får anvendelse.<sup>982</sup> På den annen side er det intet vilkår at virksomhetsutøveren med sikkerhet kan legge til grunn at virksomheten vil føre til senskader. Det understrekes i forarbeidene at en rimelig begrunnet mistanke om skaderisiko oppfyller vilkåret i foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav b. Det kan her være grunn til å innta en lengre sitat fra forarbeidene, idet dette angår kjernen i tobakksskadeproblematikken:

«Poenget er videre å markere at det ikke kan kreves at atferden med sikkerhet vil føre til seinskade. Dersom den ansvarlige, eller noen denne hefter for, visste eller burde vite at det på tidspunktet for det skadegjørende forhold var faglig erkjent at det forelå en mulighet for sammenheng mellom en påvirkning og en seinskade, er vilkåret oppfylt. Ofte vil situasjonen være at forskningsresultatene er uklare. Det kan være ulike syn innen vitenskapen om et stoff er skadelig eller ikke. Asbestproblematikken er et illustrerende eksempel. Fra den første mistanke om skadevoldende egenskaper til sammenhengen mellom stoffet og sykdommer var klarlagt, gikk det mange år. Mistanken var imidlertid stadig stigende i disse årene. Justisdepartementet legger til grunn at den ansvarlige må ha en plikt til å reagere på en begrunnet mistanke om at seinskader kan inntre som følge av et forhold. Foretak må holde seg orientert om norske og internasjonale forskningsresultater som angår den virksomhet som foretaket driver, og reagere på

975.Ot prp nr 46 (1987-88) s 13-14.

976.Ot prp nr 46 (1987-88) s 17 sp 1 nederst – sp 2 øverst. Se også Tjomsland 1989 s 108 og Røed 1997 s 216 om dette spørsmålet.

977.Ot prp nr 46 (1987-88) s 14.

978.Slik også Røed 1997 s 216.

979.Ot prp nr 46 (1987-88) s 13 sp 2.

980.Ot prp nr 46 (1987-88) s 17 sp 2 nederst.

981.Ot prp nr 46 (1987-88) s 13 sp 2.

982.Ot prp nr 46 (1987-88) s 13 sp 2.

risikoen tidlig. Gjør de ikke det, må de finne seg i at erstatning kan kreves uavhengig av gjeldende 20-årsfrist.»<sup>983</sup>

I relasjon til tobakkserstatningsspørsmålet, er det særlig grunn til å merke seg at medisinske forskningsresultater forutsettes kjent for tobakksselskapene, og at lovgiver legger til grunn at en *mulighet* for helseskade statuerer en handplekt for virksomheten *selv om* helserisikoen er omdiskutert. Som utgangspunkt må det således være på det rene at helseskade som følge av tobakksbruk oppfyller vilkåret i foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav b.

Forarbeidene legger også for øvrig opp til en streng vurdering av hva virksomhetsutøveren antas å kjenne til etter foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav b. Det er ikke nødvendig at virksomhetens ledende organer eller enkeltpersoner selv er kjent med risikoen for helseskade. Det er tilstrekkelig at en eller annen i virksomhetens tjeneste eller annen person som virksomheten hefter for i henhold til det alminnelige arbeidsgiveransvaret, kjenner til helserisikoen.<sup>984</sup>

Det kan reises spørsmål om vilkåret i foreldelsesloven § 9 nr 2 bokstav b er oppfylt hvis helserisikoen også er kjent for skadelidte selv. I forarbeidene finnes en uttalelse om at alminnelig kjente faremomenter ved for eksempel legemiddelbruk, ikke omfattes av unntaket i bokstav b.<sup>985</sup> En slik begrensning synes imidlertid vanskelig å forankre i lovteksten i bokstav b. Poenget med denne uttalelsen i forarbeidene, ser ut til å være å avgrense unntaksbestemmelsen mot den helt ubestemte farerisiko, altså å presisere forholdet mellom konkret og ubestemt risiko, jf ovenfor, og ikke egentlig å si noe om hvilken rolle skadelidtes eventuelle risikokunnskap spiller.

Formodentlig må spørsmålet om betydningen av skadelidtes kunnskap ses i sammenheng med problemstillingen om aksept av risiko og skadelidtes forhold. I det hele tatt synes vurderingskriteriene i foreldelsesloven § 9 andre ledd bokstav b å ha en nær forbindelse med ansvarsspørsmålene. Vi viser derfor til del III ovenfor, særlig kapittel 16.

Etter dette er vi kommet til at det ikke gjelder noen 20-års lengstefrist for erstatningskrav mot tobakksselskapene fra individer. Spørsmålet er mer tvilsomt når det gjelder eventuelle erstatningskrav fra fylkeskommunene for sykehusutgifter.

## 19.4 Oppsummering

---

For å hindre foreldelse av et erstatningskrav etter personskaade, må skadelidte – såfremt ansvar verken erkjennes eller kravet betales – innlede søksmål mot den erstatningsansvarlige senest tre år etter at skadelidte fikk eller burde ha fått kunnskap om skaden og den ansvarlige. Denne foreldelsesfristen vil ikke ta til å løpe før skadelidte har tilstrekkelig oversikt over hva slags skade han eller hun er påført, om hvilke virkninger (herunder økonomiske) som skaden har medført og vil medføre fremover, samt hva som etter all sannsynlighet er

983.Ot prp nr 46 (1987-88) s 13 sp 2 – 14 sp 1 (kursiveringer i original).

984.Ot prp nr 46 (1987-88) s 11 sp 2 og s 17 sp 2.

985.Ot prp nr 46 (1987-88) s 13 sp 2.



skadens årsak. Skadelidte har selv en viss plikt til å søke å få avklart disse forholdene, for eksempel ved å oppsøke lege og/eller annen bistand.

Som hovedregel gjelder det i tillegg til treårsfristen en endelig foreldelsesfrist på 20 år. Denne fristen begynner å løpe fra det øyeblikk den skade-gjørende handling eller virksomhet opphørte. I motsetning til treårsfristen løper tyveårsfristen uavhengig av hvilket tidspunkt skaden manifesterer seg og uavhengig av når skadelidte får kjennskap til de faktiske forhold. Ved personskade er det imidlertid unntak for senvirkninger av ansvarsbetingende forhold i næringsvirksomhet. I erstatningssøksmål fra tobakksskadde enkeltpersoner eller deres etterlatte, vil unntaksvilkårene være oppfylt. Det er derimot mer usikkert om unntaket fra tyveårsfristen også gjelder det offentliges utgifter til å behandle tobakksrelaterte skader og sykdommer på sykehus.

## Kapittel 20

### Kilder, litteratur m.m.

#### 20.1 Forkortelser

---

Acta Paediatr Acta Paediatrica

Am Ind Hyg Assoc J American Industrial Hygiene Association Journal

Am J Epidemiol American Journal of Epidemiology

Am J Obstet Gynecol American Journal of Obstetrics & Gynecology

Am J Public Health American Journal of Public Health

Am Rev Respir Dis American Review of Respiratory Disease

Arch Androl Archives of Andrology

Arch Environ Health Archives of Environmental Health

Arch Intern Med Archives of Internal Medicine

Arthritis Rheum Arthritis And Rheumatism

Br J Addict British Journal of Addiction

Br J Derm British Journal of Dermatology

Br J Obset Gynaecol British Journal of Obstetrics And Gynaecology

Brit Med J British Medical Journal

BMJ British Medical Journal

Bull Environ Contam Toxicol Bulletin of Environmental Contamination

And Toxicology

Cancer Res Cancer Research

Can Med Assoc Canadian Medical Association

et al med flere (m fl)

Eur Respir J European Respiratory Journal

Europ J Epidemiol European Journal of Epidemiology

FDA The US Food and Drug Administration

Fed Reg Federal Register

Fertil Steril Fertility And Sterility

Gyn Oncol Gynecologic Oncology

IARC IARC Scientific Publication

Int J Cancer International Journal of Cancer

Int J Ob International Journal of Obesity

J Air Waste Manage Assoc Journal of the Air And Waste Management

Association

J Am Coll Cardiol Journal of the American College of Cardiology

J Bone Mineral Research Journal of Bone and Mineral Research

J Clin Epidemiol Journal of Clinical Epidemiology

J Clin Periodontol Journal of Clinical Periodontology

J Epidemiol Community Health Journal of Epidemiology And Community

Health

J Hypertension Journal of Hypertension

J Int Med Journal of International Medicine

J Natl Cancer Inst Journal of The National Cancer Institute

J Periodontol Journal of Periodontology  
J Tox Envir Health Journal of Toxicology & Environmental Health  
JAMA Journal of the American Medical Association  
JV Jussens Venner (tidsskrift)  
LoR Lov og Rett  
N Engl J Med New England Journal of Medicine  
Nor J Epidemiol Norwegian Journal of Epidemiology  
Obstet Gynecol Obstetrics and Gynecology  
Pharmacol Ther Pharmacology And Therapeutics  
Prevent Med Preventiv Medicine  
Public Health Rep Public Health Reports  
Rev Environ Health Reviews On Environmental Health  
RG Rettens Gang (publisering av utvalgte avgjørelser av by-/herred-srettene og lagmannsrettene)  
Rt Norsk Retstidende (publisering av Høyesterettsavgjørelser)  
SHUS Statens helseundersøkelser  
TfR Tidsskrift for Rettsvitenskap  
Tidsskr Nor Lægeforen Tidsskrift for Den norske Lægeforening  
WHO The World Health Organization

## **20.2 Lovforarbeider, lovforslag mv.**

---

### *Lovutredninger*

Motiver til straffelovens Udkast til Lov om den almindelige borgerlige Straffelovs

ikraftredelseslov 1885 Ikrafttræden med Motiver. Udarbeidet af den ved kgl. Resolution af 14de November 1885 nedsatte Kommission.

Philipson-utvalget 1967 Innstilling fra utvalget til vurdering av trygdenes regressrett. Avgitt desember 1967.

Innstilling fra erstatnings- Innstilling fra Erstatningslovkomitéen. Komitéen til i nordisk

lovkomitéen 1971 samarbeid å utrede spørsmålet om ny lovgivning om erstatning for tap i fremtidig erverv og for tap av forsørger. Innstilling avgitt i mai 1971.

Innstilling fra tobakks- Innstilling til lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer lovkomitéen 1971 m.v. (Tobakssloven) Fra en komité oppnevnt ved kongelig

resolusjon av 31. juli 1970. Innstillingen avgitt 28. april 1970.

NOU 1977: 33 Om endringer i erstatningslovgivningen. Utredning avgitt til Justisdepartementet i juni 1977.

NOU 1980: 29 Produktansvaret. Utredning fra Produktansvarutvalget, oppnevnt ved kongelig resolusjon 21 mars 1975. Avgitt til Justisdepartementet 4 mars 1980.

NOU 1984: 10 (Norbom-utvalget) Trygdefinansiering.

«Lufta er for alle» 1985 Lufta er for alle. Retten til å puste i røykfri luft. Rapport med lovforslag fra Statens tobakksskaderåd, Oslo 24. juli 1985.

NOU 1987: 25 (Eilertsen-utvalget) Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering.

NOU 1994: 20 (Lødrup-utvalget 1994) NOU 1994: 20 Personskadeerstatning.

#### *Odelstingsproposisjoner*

Ot prp nr 42 (1969–70) Om lov om endringer i lov om folketrygd av 17. juni 1966.

Ot prp nr 4 (1972–73) Om lov om endringer i erstatningslovgivningen m.m.

Ot prp nr 3 (1972–73) Om lov om restriktive tiltak ved omsetting av tobakkssvarer m.v.

Ot prp nr 60 (1980–81) Om lov om endringer i erstatningslovgivningen for så vidt gjelder lemping av erstatningsansvar, forsikringsgivers regressrett m.

Ot prp nr 75 (1983–84) Om lov om endringer i erstatningslovgivningen (ansvar for dyr, regress, lemping m m og endringer i bilansvarsloven).

Ot prp nr 48 (1987–88) Om lov om produktansvar.

Ot prp nr 77 (1989–90) Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i visse andre lover – Endringer i folketrygdens pensjonssystem.

Ot prp nr 72 (1991–92) Om lov om lovvalg i forsikringer, lov om gjennomføring i norsk rett av EØS-avtalens vedlegg V punkt 2 om fri bevegelighet for arbeidstakere m v innenfor EØS og lov om endringer i enkelte lover som følge av EØS-avtalen.

Ot prp nr 29 (1995–96) Om lov om ny folketrygd (folketrygdloven).

Ot prp nr 44 (1997–98) Om lov om endringer i forsikringslovgivningen, aksjelovgivningen og enkelte andre lover.

#### *Stortingsforhandlinger*

Innst O XIX (1969–70) Innstilling fra sosialkomitéen om lov om endringer i lov om folketrygd av 17. juni 1966.

Innst O nr 32 (1972–73) Innstilling fra justiskomitéen om lov om endringer i erstatningslovgivningen m.m.

Innst O nr 92 (1984–85) Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i erstatningslovgivningen (ansvar for dyr, regress, lempning m.m. og endringer i bilansvarsloven).

Innst O nr 11 (1990–91) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov av 13. juni 1963 nr 12 om folketrygd og visse andre lover – endringer i folketrygdens pensjonssystem.

Innst O nr 57 (1997–98) Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i forsikringslovgivningen, aksjelovgivningen og enkelte andre lover.

Innst S nr 200 (1988–89) Innstilling fra sosialkomiteen om folketrygdens økonomi og pensjonssystem.

Stortingsforhandlinger 1964 Stortingsforhandlinger 3. februar 1964.

Stortingsforhandlinger 1970 Stortingsforhandlinger 7. april 1970.

### *Diverse*

Velferdsmeldingen 1995 St meld nr 35 (1994–95). Velferdsmeldingen.

St meld nr 12 (1988–89) Folketrygdens økonomi og pensjonssystem.

St meld nr 25 (1999–2000) Om fri rettshjelp

Proposisjon til statsbudsjett 1999 St prp nr 1 (1998–99) STATSBUDSJETTET. Den kongelige proposisjon om statsbudsjettet medregnet folketrygden for budsjetterminen 1. jan – 31. des 1999.

## **20.3 Litteratur**

---

*Adams and Brock 1999* ADAMS, WALTER and JAMES BROCK: The Tobacco Wars, Ohio 1999 (South-Western College Publishing).

*Alstad 1969* ALSTAD, B.: Norske meninger, nr 3, Oslo 1969. (Pax Forlag).

*Ambrosone et al 1996* AMBROSONE CB, FREUDENHEIM JL, GRAHAM S, MARSHALL JR, VENA JJE, BRASURE JR, MICHALEK AM, LAUGHLIN R, NEMOTO T, GILLENWATER KA, SHIELDS PG: Cigarette smoking, N-acetyltransferase 2 genetic polymorphisms, and breast cancer risk. *JAMA* 276: 1494–1501, 1996.

*American Psychiatric Association* AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and

1994 Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition). Washington, DC 1994.

*Andenæs 1941* ANDENÆS, JOHS.: Konkurrente skadeårsaker, *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1941 s 241–298.

*Andenæs 1962* ANDENÆS JOHS: Selgerens ansvar for farlige egenskaper ved den leverte gjenstand, i Johs Andenæs: Avhandlinger og foredrag, Oslo 1962. s 57–65.

*Andenæs 1997* ANDENÆS, JOHS.: Alminnelig strafferett, 4. utg, Oslo 1997.

*Andersen 1962* ANDERSEN, KRISTEN Norsk kjøpsrett, Oslo 1962.

*Andersen 1970* ANDERSEN, KRISTEN: Skadeforvoldelse og erstatning, Oslo 1970.

*Andersen 1976* ANDERSEN, KRISTEN: Skadeforvoldelse og erstatning, 3. utg. Oslo 1976. (Tanum-Norli – ISBN 82-518-0238-5).

*Anderson and Cook 1997* ANDERSON HR and COOK DG: Passive smoking and sudden infant death syndrom: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 52: 1003–1009, 1997.

*Andresen 2000* ANDRESEN, OLE: Det offentliges selvstendige krav/ regressrett mot ansvarlige skadevoldere for utgifter til behandling/pleie m.m. av skadede personer – Skoland II-dommen, *Juristkontakt* nr 2/2000 s 9–11.

*Andrews and Franke 1991* ANDREWS, R. L. and G. R. FRANKE: The Determinants of Cigarette Consumption: A Meta-Analysis, *Journal of Public Policy & Marketing* 1991; Vol 10, pp 81–100.

*Arnholm 1978* ARNHOLM, CARL JACOB: Almindelig obligasjonsrett, 2. utg. Oslo 1978. (Tanum-Norli – ISBN 82-518-0216-4).

*ASH 1998* ACTION ON SMOKING AND HEALTH: Tobacco Explained. The truth about the tobacco industry...in its own words, 25. June 1998. Website: <http://www.ash.org.uk>

*ASH and Imperial Cancer Research* ACTION ON SMOKING AND HEALTH AND IMPERIAL CANCER

Fund 1999a RESEARCH FUND: Press release, 3. March 1999: »The safer cigarette: what the tobacco industry could do (...and why it hasn't done it)».

*ASH and Imperial Cancer Research* ACTION ON SMOKING AND HEALTH, IMPERIAL CANCER

Fund 1999b RESEARCH FUND AND U.S. STATE OF MASSACHUSETTS TOBACCO CONTROL PROGRAM: Tobacco Additives – Cigarette Engineering and Nicotine Addiction, Report 14. July 1999.

*Augdahl 1978* AUGDAHL, PER: Den norske obligasjonsretts almindelige del, 5. utg. Oslo 1978. (Aschehoug – ISBN 82-03-09482-1).

*Bailey 1998* BAILEY, WILLIAM EVERETT: Tobacco Advertising Encourages Teens to Smoke, i »Tobacco and Smoking – Opposing Viewpoints», USA 1998, pp. 71–79. (Greenhaven Press, Inc. ISBN – 1-56510-803-5 eller ISBN 1-56510-802-7).

*Baird and Wilcox 1985* BAIRD DD og WILCOX AJ: Cigarette smoking associated with delayed conception. *JAMA* 253: 2979–2983, 1985.

*Bakke et al 1991* BAKKE PS, BASTE V, HANOA R, GULSVIK A: Prevalence of obstructive lung disease in a general population: relation to occupational title and exposure to some airborne agents. *Thorax* 46: 863–870, 1991.

*Balfour and Fagerström 1996* BALFOUR DJK AND FAGERSTRÖM KO: Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. *Pharmacol Ther* 72, 51–81, 1996

*Barnes et al 1995* BARNES DE, HANAUER P, SLADE J, BERO LA, GLANTZ SA.: Environmental tobacco smoke. The Brown and Williamson documents, *JAMA* 274, 148–253, 1995.

*Barnes and Bero 1998* BARNES DE og BERO LA: Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *JAMA* 279: 1566–1570, 1998.

*Beck and Glassman* BECK, ERNEST and JAMES K. GLASSMAN: Restricting Tobacco Advertising Will Not Reduce Teen Smoking, i »Tobacco and Smoking – Opposing Viewpoints», USA 1998, pp. 71–79. (Greenhaven Press, Inc. ISBN – 1-56510-803-5 eller ISBN 1-56510-802-7.

*Benowitz et al 1983* BENOWITZ, NEAL L., SHARON M. HALL, RONALD I. HERNING, PEYTON JACOB III, REESE T. JONES and ABDEL-LATIF OSMAN: Smokers of low yield cigarettes do not consume less nicotine, *New England Journal of Medicine* Vol 309 No. 3, July 21, 1983 pp 139–142.

*Benowitz et al 1986* BENOWITZ, NEAL L., PEYTON JACOB III, LISA YU, RONALD TALCOTT, SHARON HALL, REESE T. JONES: Reduced Tar, Nicotine, and Carbon Monoxide Exposure While Smoking Ultralow- but Not Low-Yield Cigarettes, *JAMA* 1986, Vol 256 No2 pp 241–246.

*Bergman and Zill 1998* BERGMAN, LOWELL and ORIANA ZILL: The Criminal Case Against the Tobacco Industry, in Jeffrey A. Schaler & Magda E. Schaler (ed): »Smoking: Who Has the Right?», USA 1998, s 136–162. (Prometheus Books – ISBN 1-57392-254-4).

*Bergman et al 1996* BERGMAN TA, JOHNSON DL, BOATRIGHT DT, SMALLWOOD KG, RANDO RJ: Occupational emmons exposure of nonsmoking nightclub musicians to environmental tobacco smoke. *Am Ind Hyg Assoc J* 57: 746–752, 1996.

*Bergström and Preber 1994* BERGSTRÖM J and PREBER H. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol* 65: 545–550, 1994.

*Bergsåker 1994* BERGSÅKER, TRYGVE: Pengekravsrett, Oslo 1994. (Juridisk Forlag – ISBN 82-7513-025-5).

*Boyle et al 1996* BOYLE P, MAISONNEUVE P, BUENO DE MESQUITA B, GHADIRAN P, HOWE GR, ZATONSKI W, BAGHURST P, MOERMAN CJ, SIMARD A, MILLER AB, PRZEWONIAK K, MCMICHAEL AJ, HSIEH CC, WALKER AM: Cigarette smoking and pancreas cancer: a case control study of the search programme of the IARC. *Int J Cancer* 67: 63–71, 1996.

*Braverman, Svendsen, Lund* BRAVERMAN MT, T. SVENDSEN, KE LUND, LE AARØ: Tobacco and Aarø 1999 use by early adolescents in Norway. Akseptert for publisering i *European Journal of Public Health*, 2000.

*Brinton et al 1990a* BRINTON LA, NASCA PC, MALLIN K, PAPTISTE MS, WILBANKS GD, RICHART RM: Case-control study of cancer of the vulva. *Obstet Gynecol* 75: 859–866, 1990.

*Brinton et al 1990b* BRINTON LA, NASCA PC, MALLIN K, SCHAIRER C, ROSENTHAL J, ROTHENBERG R, YORDAN E, RICHART RM: Case-control study of in situ and invasive carcinoma of the vagina. *Gyn Oncol* 38: 49–54, 1990b.

*Brinton et al 1993* BRINTON LA, BARRETT RJ, BERMAN ML, MORTEL R, TWIGGS LB, WILBANKS GD: Cigarette smoking and the risk of endometrial cancer. *Am J Epidemiol* 137: 281–291, 1993.

*Brownson et al 1993* BROWNSON RC, NOVOTNY TE, PERRY MC: Cigarette smoking and adult leukemia. *Arch Intern Med* 153: 469–475, 1993.

*Brøgger 1960* BRØGGER, W. (red.): Skikk og Bruk, Oslo 1960 (Cappelen forlag).

*Bugge 1999* BUGGE, HANS CHR: Forurensningsansvaret. Det økonomiske ansvar for å forebygge, reparere og erstatte skade ved forurensning, Oslo 1999. (Tano Aschehoug – ISBN 82-518-3816-9).

*Bump and McClish 1992* BUMP RC and McCLISH DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol* 167: 1213–1218, 1992.

*Bundred et al 1993* BUNDRED NJ, DOVER MS, ALUWIHARE N, FARAGHER EB, MORRISON JM: Smoking and periductal mastitis. *BMJ* 307: 772–773, 1993.

*Burger et al 1993* BURGER MPM, HOLLEMA H, GOUW ASH, PIETERS WJLM, QUINT WGV: Cigarette smoking and human papillomavirus in patients with reported cervical cytological abnormality. *BMJ* 306: 749–752, 1993.



*Calle et al 1994* CALLE EE, MIRACLE-MCMAHILL HL, THUN MJ, HEATH CW: Cigarette smoking and risk of fatal breast cancer. *Am J Epidemiol* 139: 1001–1007, 1994.

*Chilmonczyk et al 1993* CHILMONCZYK BA, SALMUN LM, MEGATHLIN KN, NEVEUX LM, PALOMAKI GE, KNIGHT: Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbation of asthma in children. *N Engl J Med* 328: 1665–1669, 1993.

*Ciresi/Walburn/Sutton 1999* CIRESI, MICHAEL V., ROBERTA B. WALBURN and TARA D. SUTTON: Decades of Deceit: Document Discovery in the Minnesota Tobacco Litigation, *William Mitchell Law Review* Vol 25 1999 pp 477–566.

*Cnattingius et al 1988* CNATTINGIUS S, HAGLUND B, MEIRIK O.: Cigarette smoking as risk factor for late fetal and early neonatal death. *Brit Med J* 297: 258–261, 1988.

*Cnattingius and Haglund 1997* CNATTINGIUS S and HAGLUND B.: Decreasing prevalence during pregnancy in Sweden: the effect on small-for-gestational-age births. *Am J Public Health* 87: 410–413, 1997.

*Cohen et al 1993* COHEN S, TYRRELL DAJ, RUSSEL MAH, JARVIS MJ, SMITH AP.: Smoking, alcohol consumption, and susceptibility to the common cold. *Am J Public Health* 83: 1277–1283, 1993.

*Colditz et al 1988* COLDITZ GA, BONITA R, STAMPFER MJ, WILLETT WC, ROSNER B, SPEIZER FE, HENNEKENS CH.: Cigarette smoking and risk of stroke in middle-aged women. *N Engl J Med* 318: 937–941, 1988.

*Congressional Record 24. juli 1995* CONGRESSIONAL RECORD House, July 24, 1995, Page H7470-H7476: Tobacco and America's Youth, Statement by Congressman Henry Waxman (D-California).

*Congressional Record 31. juli 1995* CONGRESSIONAL RECORD House, Monday, July 31, 1995, 104th Congress 1st Session, 141 Cong. Rec. H 8007, REFERENCE: Vol. 141 No. 125. Additional »Secret Documents» read by Congressman Henry Waxman (D-California).

*Connerton 1998* CONNERTON, ROBERT J.: The Perspective of the Coalition for Workers' Health Care Funds on the Tobacco Litigation. Foredrag ved 14th Annual Conference – Tobacco Products Liability Project, October 31 – November 1, 1998.

*Cook et al 1994* COOK DG, WHINCUP PH, JARVIS MJ, STRACHAN D, PAPACOSTA O, BRYANT A.: Passive exposure to tobacco smoke in children aged 5–7 years: individual, family, and community factors. *BMJ* 308: 384–389, 1994.

*Cook and Strachan 1999* COOK DG and STRACHAN DP. Effects of maternal and paternal smoking on children's respiratory health. In: International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. WHO/NCD/TFI/99.11 World Health Organization, Geneva, pp. 31–59, 1999.

*Coste et al 1991* COSTE J, JOB-SPIRA N, FERNANDEZ H.: Increased risk of ectopic pregnancy with maternal cigarette smoking. *Am J Publ Health* 81: 199–201, 1991.

*Coultas 1998* Coultas DB. Health effects of passive smoking. 8. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. *Thorax* 53: 381–387, 1998.

*Craig et al 1989* CRAIG WY, PALOMAKI GE, HADDOW JE.: Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *BMJ* 298: 784–788, 1989.

*Cruickshanks et al 1998* CRUICKSHANKS KJ, KLEIN R, KLEIN BE, WILEY TL, NONDAHL DM, TWEED TS.: Cigarette smoking and hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. *JAMA* 279: 1715–1719, 1998.

*Daniel et al 1992* DANIEL M, MARTIN AD, FAIMAN C.: Sex hormones and adipose tissue distribution in premenopausal cigarette smokers. *Int J Ob* 16: 245–254, 1992.

*Danuser et al 1993* DANUSER B, WEBER A, HARTMANN AL, KRUEGER H.: Effects of a bronchoprovocation challenge test with cigarette side-stream smoke on sensitive and healthy adults. *Chest* 103: 353–358, 1993.

*Davis 1992* DAVIS, RONALD M: The language of nicotine addiction: purging the word «habit» from our lexicon, *Tobacco Control*, 1992, 1, pp 163–164.

*Davis 1998* DAVIS, RONALD M.: Restricting Tobacco Advertising Will Reduce Teen Smoking, i »Tobacco and Smoking – Opposing Viewpoints«, USA 1998, pp. 71–79. (Greenhaven Press, Inc. ISBN – 1-56510-803-5 eller ISBN 1-56510-802-7.

*Davis and Nielsen 1999* DAVIS, D. LAYTEN and MARK T. NIELSEN (ed.): Tobacco. Production, Chemistry and Technology, London 1999. (Blackwell Science – ISBN 0-632-04791-7).

*Daynard 1997* DAYNARD, RICHARD: Litigation by States against the Tobacco Industry, The 10th World Conference on Tobacco or Health, Beijing, China, August 26, 1997.

*Daynard and Kelder 1998* DAYNARD, RICHARD and GRAHAM E. KELDER: The many virtues of tobacco litigation, *Trial*, November 1998 pp 34–43.

*Daynard and Gottlieb 2000* DAYNARD, RICHARD A. and MARK GOTTLIEB: Casting Blame on the Tobacco Victim: Impact on Assumption of the Risk and Related Defenses in US Tobacco Litigation, inntatt som vedlegg 1 til utredningen.

*DiFranza et al 1991* DiFRANZA, J. R., J. W. RICHARDS, P. M. PAULMAN, N. WOLF-GILLESPIE, C. FLETCHER, R. GAFFE, D. MURRAY: RJR Nabisco's Cartoon Promotes Camel Cigarette to Children, »JAMA«, 1991, Vol 266, 11 December, pp 3149–3153.

*Djordjevic et al 1995* DJORDJEVIC MIRJANA V, J. FAN, S. FERGUSON, D. HOFFMANN: Self-regulation of smoking intensity. Smoke yields of the low-nicotine, low-tar cigarettes. *Carcinogenesis* 16: 2015–2021, 1995.

*Djordjevic et al 2000* DJORDJEVIC, MIRJANA V., STEVEN D. STELLMAN and EDITH STANG: Doses of Nicotine and Lung Carcinogens Delivered to Cigarette Smokers, *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 92, No. 2, 2000, pp 106–111.

*Doll and Hill 1950* DOLL R and HILL AB: Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *Br Med J* 2, 739–749, 1950.

*Doll et al 1994* DOLL R, PETO R, WHEATLEY K, GRAY R, SUTHERLAND I.: Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 309: 901–11, 1994.

*Doll et al 1994* DOLL R, PETO R, WHEATLEY K, GRAY R, SUTHERLAND I.: Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 309: 901–11, 1994.

*Doll et al 2000* DOLL R, PETO R, BOREHAM J, SUTHERLAND I.: Smoking and dementia in male British doctors: prospective study. *BMJ* 320: 1097–1102, 2000.

*Dybing og Sanner 1994* DYBING E OG SANNER T. Nikotinavhengighet. I Tore Sanner (red.): Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og kvinner. En rapport fra helseministeren 1994, side 111 – 118.

*Dybing og Sanner 1995* DYBING E OG SANNER T. Passiv røyking og risiko for hjerteinfarkt. *Norsk Epidemiologi* 5: 135–140, 1995.

*Ecenbarger 1991* ECENBARGER, W.: The Strange History of Tobacco. How Did Smoking Ever Come To Be Such an Accepted Part of Our Society? *Philadelphia Inquirer Magazine*, 1991; 17.

*Eliopoulos et al 1994* ELIOPOULOS C, KLEIN J, KNIE B, GREENWALD M, CHITAYAT D, KOREN G.: Hair concentration of nicotine and cotinine in women and their newborn infants. *JAMA* 271: 621–623, 1994.

*Emanuel 1994* EMANUEL, STEVEN L.: Torts, 5th edn., Harvard Law School 1994 (Emanuel Publishing Corp.).

*Emmons et al 1994* EMMONS KM, ABRAMS DB, MARSHALL R, MARCUS BD, KANE M, NOVOTNY TE, ETZEL RA.: An evaluation of the relationship between self-report and biochemical measures of environmental tobacco smoke exposure. *Prevent Med* 23: 35–39, 1994.

*Engeland et al 1993* ENGELAND A, HALDORSEN T, TRETTLI S, HAKULINEN T, HÖRTE LG, LOUSTARINEN T, MAGNUS K, SCHOU G, SIGVALDSON H, STORM HH, TULINIUS H, VAITTINEN P.: Predictions of Cancer Incidence In the Nordic Countries Up To the Years 2000 and 2010, *APMIS*, Suppl. no. 38, vol. 101, 1993.

*Engeland et al 1996* ENGELAND A, HALDORSEN T, ANDERSEN AA, TRETTLI S.: The impact of smoking habits on lung cancer risk: 28 years' observation of 26.000 Norwegian men and women. *Cancer Causes Control* 7: 366–376, 1996.

*Eriksrud 1963* ERIKSRUD, FINN: Yrkesskadetrygd og erstatning, *Lov og Rett* 1963 s 412–416.

*Ernster 1985* ERNSTER V.: Mixed Messages For Women: a Social History of cigarette Smoking and Advertising, in *New York State Journal of Medicine* 1985; 85 pp 335–340.

*Ernster 1991* ERNSTER V. How Tobacco Companies Target Women, *World Smoking and Health* 1991; 16 pp 8–11.

*Esekenazi and Castorina 1999* ESKENAZI B and CASTORINA R.: Association of in utero or Postnatal Child Environmental Tobacco Smoke Exposure and Neurodevelopmental and Behavioral Problems in Children, International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. *WHO/NCD/TFI/99.11. World Health Organization, Geneva*, pp. 12–30, 1999.

*Evang 1964* EVANG KARL: Sigarettøyking og helse. En redegjørelse fra helsedirektøren, i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 1964; 84 s 300–304.

*Evju 1970* EVJU, STEIN: Litt om regress mellom solvente solidar skyldnere, i *Jussens Venner* 1970 s 95–145.

*Excerpta 1957* EXCERPTA: Røyking og lungekreft. *Tidsskr Norske Lægeforen* 77, 809, 1957.

*Fahs 1996* FAHS, JOHN: Cigarette Confidential. The Unfiltered Truth About the Ultimate American Addiction, USA 1996. (Berkley Books, New York – ISBN 0-425-15114-X).

*Falch 1999* FALCH ARNE M.: Brev av 3. desember 1999 til Statens tobakkskaderåd fra Tobakksindustriens Felleskontor.

*FDA 1996* US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION: Nicotine in Cigarettes and Smokeless Tobacco is a Drug and These Products Are Nicotine Delivery Devices Under the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act: Jurisdictional Determination. *Fed Reg.* 61: 44619–45318 (1996).

*Fischer et al 1991* FISCHER, P. M., P. MEYER, M. D. SCHWARTZ, J. W. RICHARDS, A. O. GOLDSTEIN and T. H. ROJAS: Brand Logo Recognition by Children Aged 3 to 6 Years, *JAMA*, 1991, Vol 266, 11 December, pp 3145–3148.

*Fleischer 1964* FLEISCHER, CARL AUGUST: Obligatoriske kravs rettsvern, i *Lov og Rett* 1964 s 449–463.

*Forsén et al 1994* FORSÉN L, BJØRNDAL A, BJARTVEIT K, EDNA TH, HOLMEN J, JESSEN V, WESTBERG G.: Interaction between current smoking, leanness, and physical inactivity in the prediction of hip fracture. *J Bone Mineral Research* 9: 1671–1678, 1994.

*Fortier et al 1994* FORTIER I, MARCOUX S, BRISSON J.: Passive smoking during pregnancy and risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *Am J Epidemiol* 139: 294–301, 1994.

*Fowkes et al 1992* FOWKES FGR, HOUSLEY E, RIEMERSMA RA, MACINTYRE CCA, CAWOOD EHH, PRESCOTT RJ, RUCKLEY CV.: Smoking, lipids, glucose intolerance, and blood pressure as risk factors for peripheral arteriosclerosis compared with ischemic heart disease in the Edinburgh artery study. *Am J Epidemiol* 135: 331–340, 1992.

*Fowler et al 1996* FOWLER JS, VOLKOW ND, WANG G-J, PAPPAS N, LOGAN J, MACGREGOR R, ALEXOFF D, SHEA S, SCHLYER D, WOLF AP, WARNER D, ZEZULKOVA I, CILENTO R: Inhibition of monoamine oxidase B in the brains of smokers. *Nature* 379, 733–736, 1996.

*Franks et al 1997* FRANKS AL, LEE NC, KENDRICK JS, RUBIN GL, LAYDE PM. Cigarette smoking and the risk of epithelial ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 126: 112–117, 1987.

*Garfinkel 1981* GARFINKEL L: Time trends in lung cancer mortality among nonsmokers and a note on passive smoking. *J Natl Cancer Inst* 66, 1061–1066, 1981.

*Garfinkel and Stellman 1988* GARFINKEL L og STELLMAN SD.: Smoking and lung cancer in women: Findings in a prospective study. *Cancer Res* 48: 6951–6955, 1988.

*Garland et al 1995* GARLAND C, BARRETT-CONNOR E, SUAREZ L, CRIQUI M, WINGARD D: Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers. *Am J Epidemiol* 121, 645–650, 1985.

*Ginzel 1998* GINZEL, K. H.: Tobacco Industry Conduct: An Analysis of Selected Issues, *Tobacco Products Litigation Reporter*, Vol 13, No 1 1998, pp 4.1–4.7.

*Giovannucci et al 1994* GIOVANNUCCI E, COLDITZ GA, STAMPFER MJ, HUNTER D, ROSNER BA, WILLETT WC, SPEIZER FE.: A prospective study of cigarette smoking and risk of colorectal adenoma and colorectal cancer in U.S women. *J Natl Cancer Inst.* 86: 192–199, 1994.

*Givelber 1998* GIVELBER, DANIEL: Cigarette Law, *Indiana Law Review* Vol 73:867 1998 pp 867–901.

*Glantz et al 1995* GLANTZ, STANTON A., DEBORAH E. BARNES, LISA A. BERO, PETER HANAUER and JOHN SLADE: Looking Through a Keyhole at the Tobacco Industry, *JAMA*, July 19, 1995 Vol 274, No 3 pp 219–224.

*Glantz et al 1996* GLANTZ, STANTON A., JOHN SLADE, LISA A. BERO, PETER HANAUER and DEBORAH E. BARNES: The Cigarette Papers, USA 1996. (University of California Press – ISBN 0-520-20572-3).

*Glantz and Parmley 1995* GLANTZ, STANTON A. and PARMLEY WW (1995). Passive smoking and heart disease. Mechanisms and risk. *JAMA* 273, 1047–1053, 1995.

*Glantz and Balbach 2000* GLANTZ, STANTON A. and EDITH E. BALBACH: Tobacco War: Inside the California Battles, USA 2000. (University of California Press – ISBN 0-520-22285-7).

*Goldman 1998* GOLDMAN, LINDA: Tobacco: The Road to Litigation, in Jeffrey A. Schaler & Magda E. Schaler (ed): «Smoking: Who Has the Right?», USA 1998, s 32–41. (Prometheus Books – ISBN 1-57392-254-4).

*Grady og Ernster 1992* GRADY D og ERNSTER V. Does cigarette smoking make you ugly and old? *Am J Epidemiol* 135: 839–842, 1992.

*Gulbrandsen 1963* GULBRANDSEN, H.: Yrkesskadetrygd og erstatning, *Lov og Rett* 1963 s 257–268.

*Gulestøl 1996* GULESTØL, BJØRN: Kommunenenes regress for utgifter til omsorgstjenester ved personskader – en replikk til advokat Carl Aasland Jerstads artikkel i *Juristkontakt* nr. 2/1996, *Juristkontakt* nr 3/1996 s 48–49.

*Gyntelberg et al 1993* GYNTELBERG F, HALKEN S, HØST A, KEIDING L, NIELSEN PE, NILSSON L, TAUDORF E, SKOVGAARD DANIESEN U. Passiv rygning og overfølsomhet. *Tobaksskaderådet*. København 1993.

*Gaarder 1960 og 1966* GAARDER, KARSTEN: Forelesninger over kjøp, Oslo 1960. Ny utgave av samme verk, Oslo 1966.

*Hackshaw et al 1997* HACKSHAW AK, LAW MR, WALD NJ.: The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 315: 980–988, 1997.

*Hagstrøm 1983* HAGSTRØM, VIGGO: Culpanormen, Oslo 1985. (Aschehoug – ISBN 82-03-11120-3).

*Hagstrøm 1987* HAGSTRØM, VIGGO: En høyesterettsdom om sjokkskader, *Lov og Rett* 1987 s 627–630.

*Hagstrøm 1989* HAGSTRØM, VIGGO: Informasjonsansvar. Om villedning av annen enn kontraktspart, i *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1989 s 196–220.

*Hagstrøm Hagstrøm Viggo*: Læren om yrkesrisiko og passiv identifikasjon i lys av nyere lovgivning, *Norsk forsikringsjuridisk forenings publikasjoner* nr 67, Oslo (udatert), på s 8 og 9.

*Haheim et al 1996* HAHEIM LL, HOLME I, HJERMANN I, LEREN P.: Smoking habits and risk of fatal stroke: 18 years follow up of the Oslo Study. *J Epidemiol Community Health* 50: 621–624, 1996.

*Hammond and Horn 1954* HAMMOND EC and HORN D: The relationship between human smoking habits and death rates. *JAMA* 155, 1316–1328, 1954.

*Hammond et al 1993* HAMMOND SK, COGHLIN J, PAUL K, TAGHIZADEH K, SKIPPER PL, TANNENBAUM SR.: Relationship between environmental tobacco smoke exposure and carcinogen-hemoglobin adduct levels in nonsmokers. *J Natl Cancer Inst* 85: 474–478, 1993.

*Hammond 1996* HAMMOND SK.: Reply to letter concerning Hammond et al, 1995. *JAMA* 275: 442, 1996.

*Hanson and Logue 1998* HANSON, JON D. and KYLE D. LOGUE: The Costs of Cigarettes: The Economic Case for Ex Post Incentive-Based Regulation, *The Yale Law Journal*, Vol 107 No. 5 March 1998, pp 1163–1361.

*Harger et al 1990* HARGER JH, HSING AW, TUOMALA RE, GIBBS RS, ESCHENBACH DA, KNOX GE, POLK BF.: Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: A multicenter case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 163: 130–137, 1990.

*Hartz et al 1987* HARTZ AJ, KELBER S, BORKOWF H, WILD R, GILLIS BL, RIMM AA.: The association of smoking with clinocal indicators - a study of 50.145 women. *Public Health Rep.* 102: 254–259, 1987.

*He et al 1994* HE Y, LAM TH, LI LS, DU RY, JIA GL, HUANG JY et al.: Passive smoking at work as a risk factor for coronary heart disease in Chinese women who have never smoked. *BMJ* 308: 380–384, 1994.

*Health Education Authority 1999* HEALTH EDUCATION AUTHORITY: Consumers and the Changing Cigarette, *Poison* No. 6, London 1999.

*Hecht 1999* HECHT SS.: Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 91: 1194–1210, 1999.

*Hellberg 1988* HELLBERG D.: Rökning och genital cancer. *Läkartidn* 85: 598–599, 1988.

*Hellberg et al 1988* HELLBERG D, NILSSON S, HALEY NJ, HOFFMAN D, WYNDER E. Smoking and cervical intraepithelial neoplasia: Nicotine and cotinine in serum and cervical mucus in smokers and nonsmokers. *Am J Obstet Gynecol* 158: 910–913, 1988.

*Hellesylt 2000* HELLESYLT, MAGNUS: Kan fylkeskommunene kreve sykehusutgifter erstattet?, *Kommunal Rapport* 16 mars 2000.

*Hellner 1995* HELLNER, JAN: Skadeståndsrätt, 5. Upplagan, Stockholm 1995. (Juristförlaget – ISBN 91-7598-731-7).

*Heyes 1999* HEYES, EILEEN: Tobacco U.S.A. The Industry Behind The Smoke Curtain, USA 1999. (Twnty-First Century Books – ISBN 0-7613-0974-8).

*Hilts 1996* HILTS, PHILIP J.: Smokescreen. The Truth Behind the Tobacco Industry Cover-up, USA 1996. (Addison Wesley – ISBN 0-201-48836-1).

*Hirayama 1981* HIRAYAMA T: Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J* 282, 183–185, 1981

*Hirayma 1984* HIRAYMA T.: Cancer mortality in nonsmoking women with smoking husbands based on a large-scale cohort study in Japan. *Prevent Med* 13: 680–690, 1984.

*Hirschhorn 1999* HIRSCHHORN, NORBERT: »Shameful Science: Three Decades of the Tobacco Industry's Hidden Research on Smoking and Health»,



publisert på nettverkkjeden Globalinks sider: <http://www.globalink.org/gt/secretdocs> (begrenset adgang).

*Hjort 2000* HJORT, HARALD: En annen røyk, *Dagens Næringsliv* 11 april 2000.

*Hoffmann and Hoffmann 1997* HOFFMANN D, HOFFMANN I. The changing cigarette, 1950–1995. *J Tox Envir Health* 50: 307–364, 1997.

*Holmes et al 1988* HOLMES F, BOREK D, OWEN-KUMMER M, HASSANEIN R, FISHBACK J, BEHBEHANI A, BAKER A, HOLMES G.: Anal cancer in women. *Gastroenterology* 95: 107–111, 1988.

*Hopper and Seeman 1994* HOPPER JL and SEEMAN E.: The bone density of female twins discordant for tobacco use. *N Engl J Med* 330: 387–92, 1994.

*Hov 1994* HOV, JO: Rettergang i sivile saker, 2. utg. Oslo 1994. (Papinian – ISBN 82-91060-03-7).

*Hov 1999* HOV, JO: Rettergang I. Sivil og straffeprosess, Oslo 1999. (Papinian – ISBN 82-91060-08-8).

*Hummerfelt and Gulsvik 1995* HUMMERFELT S AND GULSVIK A.: Smoking and chronic obstructive disease among men in Bergen. *Nor J Epidemiol* 5: 129–134, 1995.

*Hurt and Robertson 1998* HURT, RICHARD D. and CHANNING R. ROBERTSON: Prying Open the Door to the Tobacco Industry's Secrets About Nicotine, *JAMA*, October 7, 1998 – Vol 280, No. 13, pp 1173–1181.

*Haapanen et al 1989* HAAPANEN A, KOSKENVUO M, KAPRIO J, KESÄNIEMI YA, HEIKKILÄ K.: Carotid arteriosclerosis in identical twins discordant for cigarette smoking. *Circulation* 80: 10–16, 1989.

*IARC 1985* IARC: Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Tobacco habits other than smoking; Betel-quid and areca-nut chewing; and some related nitrosamines. Vol 37, 1985.

*IARC 1986* IARC: Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Tobacco smoking. Vol 38, 1986.

*Irgens 1988* IRGENS-JENSEN, O: Trends In the Use of Drugs Among Norwegian Youth, *SIFA-report* no. 1 1/1988. Oslo: (Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning).

*Jacobson, Wasserman & Jacobson* JACOBSON, PETER D., JEFFREY WASSERMAN and JOHN R.

*Anderson 1998* ANDERSON: Historical Overview of Tobacco Legislation and Regulation, in Jeffrey A. Schaler & Magda E. Schaler (ed): »Smoking:

Who Has the Right?», USA 1998, s 42–62. (Prometheus Books – ISBN 1-57392-254-4).

*Jarvis et al 1992* JARVIS M, FOULDS J, FEYERABEND C.: Exposure to passive smoking among bar staff: *Br J Addict* 87: 111–113, 1992.

*Jarvis and Bates 1998* JARVIS, MARTIN and CLIVE BATES: Why low-tar cigarettes don't work and how the tobacco industry fooled the smoking public, 1st April 1998. Website: <http://www.ash.org.uk/papers/big-one.html>

*Jenks 1995* JENKS S: Low-tar cigarettes pose hidden health threat, panel says. *J Natl Cancer Inst* 87: 15–16, 1995.

*Jerstad 1993* JERSTAD, CARL AASLAND: Erstatning for framtidige utgifter til omsorgstjenester ved personskade, *Lov og Rett* 1993 s 283–331.

*Jerstad 1996* JERSTAD, CARL AASLAND: Kommunenes regressadgang for utgifter til omsorgstjenester ved personskade, en kommentar til NOU 1994:20 Om personskadeerstatning, *Juristkontakt* nr 2/1996 s 46–47.

*Jerstad 2000* JERSTAD, CARL AASLAND: Det offentliges selvstendige krav/regressrett mot ansvarlig skadevolder. Erstatning for utgifter til behandling/pleie m.m. av skadede personer – Skoland II-dommen, *Juristkontakt* nr 3/2000 s 44–45.

*Jervell 1994* JERVELL, STEPHAN: Misligholdskrav mot tidligere salgsledd, *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1994 s 905–1010.

*Jinot and Bayard 1996* JINOT J and BAYARD S: Respiratory health effects of exposure to environmental tobacco smoke. *Rev Environ Health* 11, 89–100, 1996.

*Johnson et al 2000* JOHNSON KJ, HU J, MAO Y.: Passive and active smoking and breast cancer risk in Canada, 1994–97. *Cancer Causes Control* 11, 211–221, 2000.

*Jones et al 1990* JONES CJ, BRINTON LA, HAMMAN RF, STOLLEY PD, LEHMAN HF, LEVINE RS, MALLIN K.: Risk factors for in situ cervical cancer: Results from a case-control study. *Cancer Res* 50: 3657–3662, 1990.

*Jones et al 1991* JONES CJ, SCHIFFMAN MH, KURMAN R, JACOB P, BENOWITZ NL.: Elevated nicotine levels in cervical lavages from passive smokers. *Am J Publ Health* 81: 378–379, 1991.

«The Jones Day-Report» Rapport utarbeidet av et advokatfirma for tobakkselskapet R. J. Reynolds – Jones, Day, Reavis & Pogue: Corporate Activity Project, Part I-III. Rapporten er ikke datert, men er antagelig utarbeidet omkring midten av 1990-årene. Rapporten går gjennom tobakksdebatten og rettssakene mot tobakksindustrien i USA siden 1950-årene, med det formål å

kartlegge hvilke typer av dokumenter og argumenter som tobakksselskapene må forvente å måtte konfrontere i forbindelse med erstatningsrettslige søksmål. Rapporten ble offentliggjort i forbindelse med søksmålet fra staten Washington i juni 1998. Rapporten er lagt ut på website: <http://www.tobacco.org/Documents/jonesday1.html>

*Kahn 1966* KAHN HA.: The Dorn study of smoking and mortality among U.S. veterans. In Haenszel W. (ed): Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases. *National Cancer Institute Monograph* No 19. Pp. 1–125, Natl Cancer Inst Washington D.C., 1966.

*Kannel and Higgins 1990* KANNEL WB and HIGGINS M. Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. *J Hypertension* 8: 53–58, 1990.

*Kato et al 1992* KATO I, NOMURA AMY, STEMMERMANN GN, CHYOU P-H.: A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to smoking, alcohol, and diet. *Am J Epidemiol* 135: 521–530, 1992.

*Kawachi et al 1993* KAWACHI I, COLDITZ GA, STAMPFER MJ, WILLET WC, MANSON JE, ROSNER B, SPEIZER FE, HENNEKENS CH.: Smoking cessation and decreased risk of stroke in women. *JAMA* 269: 232–236, 1993.

*Kawachi et al 1994* KAWACHI I, COLDITZ GA, STAMPFER MJ, WILLET WC, MANSON JAE, ROSNER B, SPEIZER FE, HENNEKENS CH.: Smoking cessation and time course of decreased risks of coronary heart disease in middle-aged women. *Arch Intern Med* 154: 169–175, 1994.

*Kelder and Daynard 1998* KELDER, GRAHAM E. Jr. and RICHARD A. DAYNARD: Judicial Approaches to Tobacco Control: The Third Wave of Tobacco Litigation as a Tobacco Control Mechanism, in Jeffrey A. Schaler & Magda E. Schaler (ed): »Smoking: Who Has the Right?», USA 1998, s 201–218. (Prometheus Books – ISBN 1-57392-254-4).

*Kessler 1994* KESSLER, DAVID A.: Statement by David A. Kessler, Commissioner of Food and Drugs, on the Control and Manipulation of Nicotine in Cigarettes, before the Subcommittee on Health and the Environment Committee on Energy and Commerce U.S. House of Representatives, June 21, 1994.

*Kessler et al 1998* KESSLER, DAVID A., PHILIP S. BARNETT, ANN WITT, MITCHELL R. ZELLER, JEROLD R. MANDE and WILLIAM B. SCHULTZ: The Legal and Scientific Basis for FDA's Assertion of Jurisdiction over Cigarettes and Smokeless Tobacco, *JAMA* Vol 277, No. 5, 1997 pp. 405–408.

*King og Siegel 1999* KING III, C. og M. SIEGEL: Brand-specific cigarette advertising in magazines in relation to youth and young adult readership,

1986–1994, *Nicotine & Tobacco Research* Vol. 1, No. 4 December 1999 pp 331–340.

*Kjønstad 1974* KJØNSTAD, ASBJØRN: The accumulation of claims payments, recourse and subrogation in private and state insurances, Bidrag fra Norge til AIDA, 4. Verdenskongress, 1974, side 06-01 til 06-35.

*Kjønstad 1977* KJØNSTAD, ASBJØRN: Trygd og erstatning ved personskade. Utviklingslinjer, utbredelse og ulikheter, Oslo 1977. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-01730-3).

*Kjønstad 1978* KJØNSTAD, ASBJØRN: I hvilken utstrekning kan misligholdsbeføyelsen gjøres gjeldende mot medkontrahentens hjemmelsmenn? *Jussens Venner* 1978 s 166–189.

*Kjønstad 1979* KJØNSTAD ASBJØRN, Yrkesskadetrygden, Oslo 1979.

*Kjønstad 1983* KJØNSTAD, ASBJØRN: Krav om samtykke fra forsøkspersoner/pasient ved medisinsk forskning, *Lov og Rett* 1983, s 403–431.

*Kjønstad 1983* KJØNSTAD, ASBJØRN: Trygd og erstatning ved personskade. Utviklingslinjer, utbredelse og ulikheter, 2. utg, Oslo 1983. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-06663-0).

*Kjønstad 1986* KJØNSTAD, ASBJØRN, Retten til å puste i røykfri luft, *Lov og Rett* 1986 s 205 fl.

*Kjønstad 1993* KJØNSTAD, ASBJØRN: Tobakksrøyking og asbest som årsaker til lungesykdommer – noen årsaksproblemer i yrkesskadetrygden (upublisert manus), Oslo 1993.

*Kjønstad og Tjomsland 1983* KJØNSTAD, ASBJØRN og STEINAR TJOMSLAND: Foreldelsesloven, Oslo 1983. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-06409-3).

*Klein et al 1993* KLEIN R, KLEIN BEK, LINTON KLP, DEMETS DL.: The beaver dam eye study: The relation of age-related maculopathy to smoking. *Am J Epidemiol* 137: 190–200, 1993.

*Kleinemann 1987* KLEINEMANN, JAN: Ren förmögenhetsskada. Särskilt vid vilseledande av annan än kontraktspart, Stockholm 1987. (Juristförlaget – ISBN 91-7598-180-7).

*Kluger 1996* KLUGER, RICHARD: Ashes to Ashes. Americas Hundred-Year Cigarette War, the Public Health, and the Unabashed Triumph of Philip Morris, New York 1996. (Sidehenvisningene er fra paperback-utgaven fra Vintage Books 1997 – ISBN 0-375-70036-6).

*Kopperud 1992* KOPPERUD, KAARE ANDRÉ: Yrkesskadeforsikring med kommentarer, Oslo 1992. (Tano – ISBN 82-518-3030-3).

*Kozlowski 1980* KOZLOWSKI, LYNN T.: Have Tar and Nicotine Yields of Cigarettes Changed?, *Science*, September 1980, Vol 209, pp 1550–1551.

*Kozlowski 1981* KOZLOWSKI, LYNN T.: Tar and Nicotine Delivery of Cigarettes. What a Difference a Puff Makes, *JAMA* 1981, Vol 245, No 2, pp 158–159.

*Kozlowski et al 1996* KOZLOWSKI, LYNN T., MARVIN E. GOLDBERG, BERWOOD A. YOST, FRANK M. AHERN, KEITH R. ARONSON and CHRISTINE T. SWEENEY: Smokers are unaware of the the filter vents now on most cigarettes: results of a national survey, *Tobacco Control* 1996, Vol. 5, pp. 265–270.

*Kozlowski et al 1998* KOZLOWSKI LYNN T, MEHTA NY, SWEENEY CT, SCHWARTZ SS, VOGLER GP, JARVIS MJ, WEST RJ: Filter ventilation and nicotine content of tobacco in cigarettes from Canada, the United Kingdom, and the United States. *Tobacco Control* Vol. 7, 1998, pp 369–375.

*Kraemer et al 1983* KRAEMER MJ, RICHARDSON MA, WEISS NS, et al.: Risk factors for persistent middle-ear effusions, *JAMA* 249, 1022–1025, 1983.

*Kreftregisteret 1992* KREFTREGISTERET: Cancer in Norway 1992. Rapport. Oslo: Institutt for epidemiologisk kreftforskning, Kreftregisteret, 1992.

*Kreftregisteret 1999* KREFTREGISTERET: Kreft i Norge 1996. Kreftregisteret, Oslo, 1999.

*Kreftregisteret 2000* KREFTREGISTERET: Kreft i Norge 1997. Kreftregisteret, Oslo, 2000.

Kreuzer et al 2000 KREUZER M, BOFETTA P, WHITLEY E, AHRENS W, GABORIEAU V, HEINRICH J, JÖCKEL KH, KREIENBROCK L, MALLONE S, MERLETTI F, ROESCH F, ZAMBON P, SIMONATO L.: Gender differences in lung cancer risk by smoking: a multicenter case-control study in Germany and Italy. *Brit J Cancer* 82: 227–233, 2000.

*Kreyberg 1955* KREYBERG, L: Lungekreftstudier. 3. Lungekreftens utvikling i Norge i de siste decennier. *Tidsskr Norske Lægeforen* 75, 79–80, 1955.

*Kreyberg 1956* KREYBERG, L.: Lungekreftstudier. 6. Forholdet mellom lungekreft og tobakksrøyking i Norge, *Tidsskr Norske Lægeforen* 76, 67–72, 1956.

*Kreyberg 1969* KREYBERG, L.: Aetiology of Lung Cancer. A Morphological Epidemiological and Experimental Analysis, Oslo 1969. (Universitetsforlaget).

*Krüger 1984* KRÜGER, KAI: Pengekrav, 2. utg. Bergen 1984. (Universitetsforlaget – ISBN 82-0007236-3).

*Kunze et al 1992* KUNZE E, CHANG-CLAUDE J, FRENTZEL-BEYME R.: Life style and occupational risk factors for bladder cancer in Germany. *Cancer* 69: 1776–1790, 1992.

*Lagergren et al 2000* LAGERGREN J, BERGSTRÖM R, LINDGREN A, NYRÉN O.: The role of tobacco, snuff and alcohol use in the aetiology of cancer of the oesophagus and gastric cardia. *Int J Cancer* 85: 340–346, 2000.

*Lange et al 1992* LANGE P, NYBOE J, APPLEYARD M, JENSEN G, SCHNOHR P.: Relationship of the type of tobacco and inhalation pattern to pulmonary and total mortality. *Eur Respir J* 5: 1111–1117, 1992.

*Lassen 1964* LASSEN, BIRGER STUEVOLD: Erstatningsrettslige konsekvenser av den norske yrkesskadetrygdloven, i *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1964 s 30–84.

*Law et al 1997* LAW MR, MORRIS JK, WALD NJ.: Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of evidence. *BMJ* 315: 973–980, 1997.

*Lewin et al 1998* LEWIN F, NORELL SE, JOHANSSON H, GUSTAVSSON P, WENNERBERG J, BJÖRKLUND A, RUTQVIST LE.: Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer* 82: 1367–1375, 1998.

*Lewis 1998* LEWIS, CHARLES and THE CENTER FOR PUBLIC INTEGRITY: The Buying of the Congress, New York 1998. (Avon Books – ISBN 0-380-97596-3).

*Lindstrøm 1998* LINDSTRØM, SVEND: i Kjønstad (red.), Folketrygdloven med kommentarer, Oslo 1998.

*Lopez et al 1994* LOPEZ AD, COLLISHAW N, PHIA T.: A Descriptive Model of the Cigarette Epidemic in the Developed Countries, *Tobacco Control* 1994; 3 pp 242–247.

*Lund 1963* LUND, OLE: Enkelte kjøpsrettslige spørsmål, *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1963 s 303 flg.

*Lund 1989* LUND, KARL ERIK: Tobakkens pris. Rapport om virkninger av prispolitikk. Statens tobakksskaderåd, juni 1989.

*Lund 1996a* LUND, KARL ERIK: Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre. Doktoravhandling. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo, 1996.

*Lund 1996b* LUND, KARL ERIK: Var manglende forståelse av tobakksepidemiens dynamikk en årsak til forsinket tobakksprevensjon, *Norsk Epidemiologi* 1996; 5 s 107–113.

*Lund et al 1999* LUND, KE, URDAL L, SANNER T: Hvordan håndheves 18-årgrensen for kjøp av tobakk? *Tidsskr nor lægeforen* 1999; 119 3753–5.

*Lund 2000* LUND, KARL ERIK, Tobakksprodusenter i Norge, notat av 13. januar 2000.

*Lundar 1965* LUNDAR J: Tobakksrøking og lungesykdommer. *Tidsskr norske lægeforen* 85, 437–442, 1965.

*Löfroth and Zebühr 1992* LÖFROTH G, ZEBÜHR Y: Polychlorinated dibenzo-p-dioxins (PCDDs) and dibenzofurans (PCDFs) in mainstream and sidestream cigarette smoke. *Bull Environ Contam Toxicol* 48: 789–794, 1992.

*Löwenberg 1992* LÖWENBERG, ANDERS: Rökridåer. En kritisk granskning av tobaksindustri, Stockholm 1992. (Bokförlaget Prisma – ISBN 91-518-2493-0).

*Lødrup 1974* LØDRUP, PETER: Produktansvaret, Institutt for Privatretts stensilsilserie nr 4, Oslo 1974.

*Lødrup 1999* LØDRUP, PETER: Lærebok i erstatningsrett, 4. utg. Oslo 1999. (ISBN 82-91724-05-9).

*Mackay 1999* MACKAY, JUDITH: International Aspects of U.S. Government Action on Tobacco, *JAMA* Vol 281, No. 19, 1999 p. 1849.

*Mannino et al 1994* MANNINO DM, KLEVENS RM, FLANDERS WD.: Cigarette smoking: an independent risk factor for impotence? *Am J Epidemiol* 140: 1003–1008, 1994.

*Mannino et al 1997* MANNINO DM, SIEGEL M, ROSE D, NKUCHIA J, ETZEL R.: Environmental tobacco smoke exposure in the home and worksite and health effects in adults: results from the 1991 National Health Interview Survey. *Tobacco Control* 6: 296–305, 1997.

*Matningsdal 1980* MATNINGSDAL, MAGNUS: Foreldelse av erstatningsskrav ved personskade, i *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1980 s 472–511.

*Matningsdal 1982* MATNINGSDAL, MAGNUS: Ny foreldelseslov, *Juridiske skrifter 3* – Det juridiske fakultet i Bergen», 1982. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-06293-7).

*McLaughlin et al 1992* McLAUGHLIN JK, SILVERMAN DT, HSING AW, ROSS RK, SCHOENBERG JB, YU MC, STEMHAGEN A, LYNCH CF, BLOT WJ, FRAUMENI JF.: Cigarette smoking and cancers of the renal pelvis ureter. *Cancer Res* 52: 254–257, 1992.

*Mitchell et al 1993* MITCHELL EA, FORD RP, STEWART AW, TAYLOR BJ, BECROFT DM, THOMPSON JM, SCRAGG R, HASSALL IB, BARRY DM, ALLEN EM, et al.: Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 91: 893–896, 1993.

*Mitchell and Milerad 1999* MITCHELL EA and MILERAD J. Smoking and sudden infant death syndrome. In: International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. WHO/NCD/TFI/99.11. *World Health Organization*, Geneva, pp. 105–129, 1999.

*MMWR 1997* MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT: Filter Ventilation Levels in Selected U.S. Cigarettes, 1997, November 7, 1997/Vol. 46/No. 44, pp. 1043–1047.

*Mollenkamp et al 1998* MOLLENKAMP, CARRICK, ADAM LEVY, JOSEPH MENN and JEFFREY ROTHFEDER: The People vs. Big Tobacco, USA 1998 (Bloomberg Press Princeton – ISBN 1-57660-057-2).

*Mork 1962* MORK T: A Comparative Study of Respiratory Disease in England & Wales and Norway, Oslo, 1962. (Norwegian Universities Press).

*Mosley and Gibbs 1996* MOSLEY JG and GIBBS AC.: Premature grey hair and hair loss among smokers: a new opportunity for health education? *BMJ* 313: 1616, 1996.

*Mueller and Kirkpatrick* MUELLER, CHRISTOPHER B. and LAIRD C. KIRKPATRICK: Modern Evidence – Doctrine and Practice, USA 1995. (Little, Brown & Company – ISBN 0-316-59000-2).

*Mullally and Linden 1996* MULLALLY BH and LINDEN GJ.: Molar furcation involvement associated with cigarette smoking in periodontal referrals. *J Clin Periodontol* 23: 658-661, 1996.

*Nader and Smith 1996* NADER, RALPH and WESLEY J SMITH: No Contest. Corporate Lawyers and Perversion of Justice in America, New York 1996. (Random House – ISBN 0-679-42972-7).

*Naldi et al 1992* NALDI L, PARAZZINI F, BREVI A, PESERICO A, VELLER FORNASE C, GROSSO G, ROSSI E, MARINARO P, POLENGHI MM,



FINZI A, GALBIATI G, RECCHIA G, CRISTOFOLINI M, SCHENA D, CAINELLI T.: Family history, smoking habits, alcohol consumption and risk of psoriasis. *Br J Derm* 127: 212–217, 1992.

*National Cancer Institute 1999* NATIONAL CANCER INSTITUTE: Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. *Smoking and Tobacco Control Monographs*. Monograph 10, Washington, 1999.

*National Health and Medical* NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL:

Research Council 1997 The health effects of passive smoking. A Scientific Information Paper. *Australian Government Publishing Service*, Canberra 1997.

*Nilsen 1964* NILSEN E.: Røykevaner og opplysningsarbeid. Oslo 1964, (Landsforeningen mot Kreft).

*Nilsen og Lærdal 1991* NILSEN ST og LÆRDAL Å.: Krybbedød og røyking i svangerskapet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 111: 3493–3495, 1991.

*Njolstad et al 1996* NJOLSTAD I, ARNESEN E, LUND-LARSEN PG.: Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 93: 450–456, 1996.

*Nordby 1992* NORDBY, EINAR: Lov om yrkesskadeforsikring, *Lov og Rett* 1992 s 344–353.

*Nygaard 1973* NYGAARD, NILS: Aktløysevurderinga, Bergen 1973 s 169.

*Nygaard 1998* NYGAARD, NILS: Merknader til fire høgsterettsdommar om personskade, *Lov og Rett* 1998 s 195–225.

*Nygaard 1999a* NYGAARD, NILS: Kommentar til produktansvarsloven av 23. desember 1988 nr 104, i Karnov kommenterte lovsamling 1999, side 1039–1950. (Gyldendal Rettsdata AS – ISBN 82-91511-83-7).

*Nygaard 1999b* NYGAARD, NILS: Rettsgrunnlag og standpunkt, Bergen 1999. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-12948-9).

*Nygaard 2000* NYGAARD, NILS: Skade og ansvar, 5. utg. Bergen 2000 (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-12947-0).

*O'Brien 1995* O'BRIEN CP: Drug addiction and drug abuse. In: Hardman JG, Limbird LE (eds-in-chief): Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, McGraw-Hill, New York, 1995, pp. 557–577.

*Oppsahl 1964* OPPSAHL R: Om nikotinvirkningen og dens følger ved tobakksmisbruk. *Tidsskr Norske Lægeforen* 84, 863–866, 1964.

*Orey 1999* OREY, MICHAEL; Assuming the Risk: The Mavericks, The Lawyers, And The Whistles-Blowers Who Beat Big Tobacco, USA 1999. (Little, Brown and Company – ISBN 0-316-66489-8 hardcover).

*Patterson 1987* PATTERSON, JT: The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture. Cambridge, Massachusetts 1987. (Harvard University Press).

*Pattinson et al 1991* PATTINSON HA, TAYLO PJ, PATTINSON MH.: The effect of cigarette smoking on ovarian function and early pregnancy outcome of in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 55: 780–783, 1991.

*Pauly et al 1995* PAULY JL, ALLAART A, RODRIGUEZ MI, STRECK RJ: Fibers released from cigarette filters: An additional health risk to the smoker? *Cancer Res* 55: 253–258, 1995.

*Pauly et al 2000* PAULY JL, CUMMINGS KM, STRECK RJ: More About: Safe Cigarette Alternatives? Industry Critics Say 'Not Yet', *Journal of the National Cancer Institute*, Vol 92, no. 8, p 660, April 19, 2000.

*Peto 1994* PETO, R.: Smoking and death: The past 40 years and the next 40. *BMJ* 309: 937–939, 1994.

*Peto et al 1994* PETO R, LOPEZ AD, BOREHAM J, THUN M. HEATH C.: Mortality From Smoking in Developed Countries 1950–2000. Indirect Estimates From National Vital Statistics. London 1994. (Oxford University Press).

*Perry 1999* PERRY, CHERYL L.: The Tobacco Industry and Underage Youth Smoking. Tobacco Industry Documents From the Minnesota Litigation, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999 Vol 153 pp. 935–941.

*Petrone 1996* PETRONE, GERARD S.: Tobacco Advertising. The Great Seduction. With Values, USA 1996. (Schiffer Publishing Ltd – ISBN 0-88740-972-5).

*Philipson 1966* PHILIPSON, CHARLES: Rikstrygdeverket som den tredje part i erstatningsoppgjøret, i *Lov og Rett* 1966 s 307–312.

*Pollock 1999* POLLOCK, DAVID: Denial & Delay. The Political History of Smoking and health, 1951–1964: Scientists, Government and Industry as seen in the papers at the Public Records Office, London 1999. (Action on Smoking and Health – ISBN 1-872428-44-4).

*Prescott et al 1998* PRESCOTT E, HIPPE M, SCHNODR P, HEIN HO, VESTBO J.: Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ* 316: 1043–1047, 1998.

Pressemelding fra helseminister U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,

Donna Shalala 2000 Press Office: Statement by Secretary of Health and Human Services Donna Shalala Regarding R.J. Reynolds' New Product, U. S. Newswire 19. April 2000.

*Pressemelding fra The American* THE AMERICAN HEART ASSOCIATION: Statement by CEO M.

Heart Association 2000 Cass Wheeler on RJR's Allegedly Safer Cigarette, U. S. Newswire 19. April 2000.

*Pressemelding fra The American* THE AMERICAN LUNG ASSOCIATION: Statement by CEO John

Lung Association 2000 R. Garrison: Lung Association Calls for Withdrawal of Eclipse Delivery Device from Market, U. S. Newswire 19. April 2000.

*Pringle 1998* PRINGLE, PETER: Cornered. Big Tobacco at the Bar of Justice, USA 1998. (Henry Holt and Company, Inc. – ISBN 0-8050-4292-X).

*Prokopczyk et al 1997* PROKOPCZYK B, COX JE, HOFFMANN D, WAGONER SE.: Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smokers and nonsmokers. *J Natl Cancer Inst* 89: 868–873, 1997.

*Prummel and Wiersinga 1993* PRUMMEL MF and WIERSINGA WM.: Smoking and risk of Graves' disease. *JAMA* 269: 479–482, 1993.

*Rabin 1993* RABIN, ROBERT L.: Institutional and Historical Perspectives on Tobacco Tort Liability, i Robert L. Rabin and Stephen D Sugarman: »Smoking Policy: Law, Politics & Culture«, USA 1993, pp 110–130. (Oxford University Press – ISBN 0-19-507231-6).

*Redaksjonell kommentar 1950* REDAKSJONELL KOMMENTAR: Lungecancer. *Tidsskr Norske Lægeforen* 70, 97, 1950.

*Redaksjonell leder 1953a* REDAKSJONELL LEDER: Lungekreften og fremtiden. *Tidsskr Norske Lægeforen* 73, 96, 1953.

*Redaksjonell leder 1953b* REDAKSJONELL LEDER: Lungekreft-konferansen i København. *Tidsskr Norske Lægeforen* 73, 860, 1953.

*Redaksjonell leder 1954* REDAKSJONELL LEDER: Tobakksrøykingen. *Tidsskr Norske Lægeforen* 74, 566–567, 1954.

*Redaksjonell kommentar 1955* REDAKSJONELL KOMMENTAR: Røyking, lungekreft og coronartrombose. *Tidsskr Norske Lægeforen* 75, 136–137, 1955.

*Redaksjonell kommentar 1958a* REDAKSJONELL KOMMENTAR: Tobakksrøyking og hjerte-kar-lidelser. *Tidsskr Norske Lægeforen* 78, 88–89, 1958.

*Redaksjonell kommentar 1958b* REDAKSJONELL KOMMENTAR: Røyking og dødsrisiko. *Tidsskr Norske Lægeforen* 78, 903, 1958.

*Redaksjonell kommentar 1961* REDAKSJONELL KOMMENTAR: Tobakksforbruket hos pasienter med hjerteinfarkt. *Tidsskr Norske Lægeforen* 81, 1316, 1961.

*Redaksjonell leder 1962* REDAKSJONELL LEDER: Sigarettøyking og cancer. *Tidsskr Norske Lægeforen* 82, 381–382, 1962.

*Repace and Lowrey 1993* REPACE JL and LOWREY AH. An enforceable indoor air quality standard for environmental tobacco smoke in the workplace. *Risk Analysis* 13: 463–475, 1993.

*Repace et al 1998* REPACE JL, JINOT J, BAYARD S, EMMONS K, HAMMOND SK.: Air nicotine and salvia cotinine as indicators of workplace passive smoking exposure and risk. *Risk Analysis* 18: 71–83, 1998.

*Reynolds et al 1996* REYNOLDS P, FONTHAM ETH, CORREA P, WU A, BUFFLER PA, GREENBERG RS.: Occupational exposure to environmental tobacco smoke. *JAMA* 275: 441–442, 1996.

*Rimm et al 1993* RIMM EB, MANSON JAE, STAMPFER MJ, COLDITZ GA, WILLETT WC, ROSNER B, HENNEKENS CH, SPEIZER FE.: Cigarette smoking and the risk of diabetes in women. *Am J Public Health* 83: 211–214, 1993.

*Robbins et al 1993* ROBBINS AS, ABBEY DE, LEBOWITZ MD.: Passive smoking and chronic respiratory disease symptoms in non-smoking adults. *Int J Epidemiol* 22: 809–817, 1993.

*Rogers 1983* ROGERS E.: Diffusion of Innovations. 3rd ed., New York 1983 (The Free Press).

*Rognlien 1992* ROGNLIEN, STEIN: Produktansvaret. Lov, konvensjoner og lovvalg. Oslo 1992. (Juridisk Forlag AS – ISBN 82-7513-006-9).

*Roos 1988* ROSS, CARL MARTIN: Anmeldelse av Jan Kleinemanns avhandling; »Ren förmögenhetsskada», *Svensk Juristtidning* 1988 s 43–52.

*Rosengren et al 1992* ROSENGREN A, WILHELMSSEN L, WEDEL H.: Coronary heart disease, cancer and mortality in male middle-aged light smokers. *J Int Med* 231: 357–362, 1992.

*Ross et al 1989* ROSS RK, PAGANINI-HILL A, LANDOLPH J, GERKINS V, HENDERSON BE.: Analgesics, cigarette smoking, and other risk factors for cancer of the renal pelvis and ureter. *Cancer Res* 49: 1045–1048, 1989.

*Royal College of Physicians 1962* THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS: *Smoking and Health*. Pitman Medical, London, 1962.

*Royal College of Physicians 2000* THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, The Tobacco Advisory Group: Nicotine Addiction in Britain, 2000. (ISBN 1-86016-1227).s

*Russel et al 1980* RUSSEL M, JARVIS M, IYER R, FEYERABEND C: Relation of nicotine yield of cigarettes to blood nicotine concentrations in smokers, *Brit Med J* 280, 972–976, 1980.

*Rybak and Phelps 1998* RYBAK, DEBORAH CAULFIELD and DAVID PHELPS: Smoked. The Inside Story of the Minnesota Tobacco Trial, USA 1998. (MSP Books – ISBN 0-9641908-4-2).

*Rylander et al 1993* RYLANDER E, PERSHAGEN G, ERIKSSON M, NORVALL L.: Parental smoking and other risk factors for wheezing bronchitis in children. *Europ J Epidemiol* 9: 517–526, 1993.

*Ryssdal 1994* RYSSDAL, A. C. STRAY: Ny norsk konkurranselov, *Lov og Rett* 1994 s 387 fl.

*Røed 1997* RØED, ANNE CATHRINE: Foreldelse av fordringer, Oslo 1997 (Cappelen Akademisk Forlag – ISBN 82-456-0163-2).

*Rønneberg/Lund/Hafstad 1994* RØNNEBERG A, LUND KE, HAFSTAD A.: Lifetime Smoking Habits Among Norwegian Men and Women Born Between 1890 and 1974, i *International Journal of Epidemiology* 1994; 23: pp 267–276.

*Sandvik 1964* SANDVIK, TORE: Ansvar for skadevoldende egenskaper, Norsk forsikringsjuridisk tidsskrift nr 49, Universitetsforlaget 1964. Også trykt i Tidsskrift for Rettsvitenskap 1964.

*Sanner 1991* SANNER TORE: Hva koster sigarettøykingen samfunnet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 111: 3420–3422, 1991.

*Sanner 1992* SANNER, TORE (red.): Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og barn. En rapport fra sosialministeren 1992.

*Sanner 1994* SANNER, TORE (red.): Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og kvinner. En rapport fra helseministeren 1994.

*Sanner and Dybing 1996* SANNER, T. og DYBING E.: Helseskader ved passiv røyking, *Tidsskr Nor Lægeforen* 116: 617–620, 1996.

*Sanner et al 2000* SANNER T. DAHL JE, ANDERSEN A.: Kreftrisiko ved bruk av snus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 120: 1669–1671, 2000.

*Schei 1998, bind II* SCHEI, TORE: Tvistemålsloven. Lov om rettergangsmåten for tvistemål av 13 august nr 6 1915 med kommentarer. Bind II §§ 183–486, 2. utg, Oslo 1998. (Tano Aschehoug – ISBN 82-518-3759-6).

*Schellscheidt et al 1997* SCHELLSCHEIDT J, OYEN N, JORCH G.: Interactions between maternal smoking and other prenatal risk factors for sudden infant death syndrome (SIDS). *Acta Paediatr* 86: 857–863, 1997.

*Schildt et al 1998* SCHILDT E-B, ERIKSSON M, HARDELL L, MAGNUSON A.: Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. *Int J Cancer* 77: 341–346, 1998.

*Schoendorf and Kiely 1992* SCHOENDORF KC og KIELY JL.: Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics* 90: 905–908, 1992.

*Scholes et al 1992* SCHOLE D, DALING JR, STERGACHIS AS.: Current cigarette smoking and risk of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Public Health* 82: 1352–1355, 1992.

*Schudson 1993* SCHUDSON, MICHAEL: Symbols and Smokers: Advertising, Health Messages, and Public Policy, i Robert L. Rabin and Stephen D Sugarman: »Smoking Policy: Law, Politics & Culture«, USA 1993, pp 208–225. (Oxford University Press – ISBN 0-19-507231-6).

*Schwartz 1993* SCHWARTZ, GARY T.: Tobacco Liability in the Courts, i Robert L. Rabin and Stephen D Sugarman: »Smoking Policy: Law, Politics & Culture«, USA 1993, pp 131–160. (Oxford University Press – ISBN 0-19-507231-6).

*Schwartz and Zeger 1990* SCHWARTZ J and ZEGER S. Passive smoking, air pollution, and acute respiratory symptoms in a diary study of student nurses. *Am Rev Respir Dis* 141: 62–67, 1990.

*Selmer 1974* SELMER, KNUT S.: Problemer i grenseområdet mellom erstatning, forsikring og trygd, *Jussens Venner* 1974 s 147–169.

*Selmer 1975* SELMER, KNUT S.: Erstatningsretten, i Knophs oversikt over Norges rett, Oslo 1975.

*Selmer 1982* SELMER, KNUT S.: Forsikringsrett, 2. utg. Oslo 1982. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-05686-4).

*Selvig 1963* SELVIG, ERLING: Erstatningsansvar og skadet interesse, *Lov og Rett* 1963 s 193–206.

*Shriver et al 2000* SHRIVER SP, BOURDEAU HA, GUBISH CT, TIRPAK DL, GAITHER DAVIS AL, LUKETICH JD, SIEGFRIED JM. Sex-specific expression of gastrin-releasing peptide receptor: Relationship to smoking history and risk of lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 92: 24–33, 2000.

*Siegel 1993* SIEGEL M.: Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 270: 490–493, 1993.

*Siegel et al 1995* SIEGEL M, HUSTEN C, MERRITT RK, GIOVINO GA, ERIKSEN MP.: Effects of separately ventilated smoking lounges on the health of smokers: is this an appropriate public health policy? *Tobacco Control* 4: 22–29, 1995.

*Silman et al 1996* SILMAN AJ, NEWMAN J, MAACGREGOR AJ.: Cigarette smoking increases the risk of rheumatoid arthritis. Results from a nationwide study of disease-discordant twins. *Arthritis Rheum* 39: 732–735, 1996.

*Simons et al 1993* SIMONS AM, PHILLIPS DH, COLEMAN DV.: Damage to DNA in cervical epithelium related to smoking tobacco. *BMJ* 306: 1444–1448, 1993.

*Skjerdal 1999a* SKJERDAL, NICOLAI V.: Kan en røyker kreve erstatning på grunn av røykfulle arbeidslokaler?, *Lov og Rett* 1999 s 193–194.

*Skjerdal 1999b* SKJERDAL, NICOLAI V.: Passiv røyking på arbeidsplassen som grunnlag for erstatningskrav fra røyker, i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1999 s 994–995.

*Skoghøy 1998* SKOGHØY, JENS EDVIN A.: Tvistemål, Oslo 1998. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-12856-3).

*Slade et al 1995* SLADE, JOHN, LISA A. BERO, PETER HANAUER, DEBORAH E. BARNES and STANTON A. GLANTZ: Nicotine and Addiction. The Brown and Williamson Documents, *JAMA*, July 19, 1995 Vol 274, No 3, pp 225–233.

*Smee 1993* SMEE, C.: Effect of Tobacco Advertising on Tobacco Consumption: A Discussion Document Reviewing the Evidence, Economic & Operational Research Division, Department of Health 1992 (publisert i 1993).

*Smith et al 1992* SMITH GD, PHILLIPS AN, NEATON JD.: Smoking as "independent" risk factor for suicide: illustration of an artefact from observational epidemiology? *Lancet* 340: 709–712, 1992.

*Smith 1961* SMITH, CARSTEN: Om lovgivning, solidaritet og regress i erstatningsretten, *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1961 s 337–432.

*Smith 1981* SMITH, CARSTEN: Garantikrav og garantistvern. Garantirett III, 2. utg. Oslo 1981. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-05995-2).

*Smith 1997* SMITH, CARSTEN: Kausjonsrett, 3. utg. ved Marianne Olsson og Terese Smith, Oslo 1997. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-22679-4).

*Sosialdepartementet 1992* SOSIAL- og HELSEDEPARTEMENTET.: Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og Barn. En rapport fra Helseministeren. Sanner T (red). Oslo, 1992.

*Sosial- og helsedepartementet 1994* SOSIALDEPARTEMENTET.: Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og Kvinner. En rapport fra Sosialministeren. Sanner T (red). Oslo, 1994.

*Stang 1919* STANG, FREDRIK: Erstatningsansvar, Kristiania 1919. (H. Aschehoug & Co – W. Nygaard).

*Statens helseundersøkelser 2000* STATENS HELSEUNDERSØKELSER: Helsemessige og økonomiske konsekvenser av tobakksrøyking: Hvor stor andel av sykелighet og dødelighet i Norge i ett år kan tilskrives tobakksrøyking. Rapport, 2000. (Inntatt som vedlegg 4 til utredningen).

*Statens tobakksskaderåd 1972* STATENS TOBAKKSSKADERÅD: Om passiv røyking. Rapport til Sosialdepartementet fra Statens Tobakksskaderåd, mai 1972.

*Statens tobakksskaderåd 1985* STATENS TOBAKKSSKADERÅD: Lufta er for alle! Retten til å puste i røykfri luft. Rapport med lovforslag fra Statens tobakksskaderåd. Oslo, 24. juli 1985.

*Steele and Langworth 1966* STEELE R and LANGWORTH JT: The relationship of antenatal and postnatal factors to sudden unexpected death in infancy. *Can Med Assoc J* 94, 1165–1171, 1966.

*Steen-Olsen 1977* STEEN-OLSEN, OLE: Produktansvaret i norsk rett, *Norsk forsikringsjuridisk forenings publikasjoner* nr 63, Oslo 1977.

*Steensland 1992* STEENSLAND K. Passive smoking and the risk of heart disease. *JAMA* 267: 94–99, 1992.

*Strachan et al 1989* STRACHAN DP, JARVIS MJ, FEYERABEND C.: Passive smoking, salivary cotinine concentration, and middle ear effusion in 7 year old children. *BMJ* 298, 1549–1552, 1989.



*Sullivan 1990* SULLIVAN, LOUIS W. (Helseminister i USA i Ronald Reagans presidentperiode): Brev av 17. januar 1990 til R. J. Reynolds Tobacco Company.

*Sullum 1998a* SULLUM, JACOB: For Your Own Good. The Anti-Smoking Crusade And the Tyranny of Public Health, USA 1998. (The Free Press – ISBN 0-684-82736-0).

*Sullum 1998b* SULLUM, JACOB: Tobacco Advertising Does Not Encourage Teens to Smoke, i »Tobacco and Smoking – Opposing Viewpoints», USA 1998, pp. 71–79. (Greenhaven Press, Inc. ISBN – 1-56510-803-5 eller ISBN 1-56510-802-7).

*Sundby 1969* SUNDBY, NILS KRISTIAN: Betydningen av skadelidtes forhold i erstatningsretten, *Jussens Venner* 1969 s 257–318.

*Svärdsudd 1987* SVÄRDSUDD K. Rökning och kardiovaskulär sjukdom – epidemiologi och mekanismer. *Läkartidn* 84: 3590–3593, 1987.

*Sweada and Daynard 1998* SWEADA, EDWARD L. Jr. and RICHARD A. DAYNARD: Tobacco Industry Tactics, *British Medical Bulletin* Vol 52 No. 1 1996, pp. 183–192.

*Sweanor 1998* Sweanor, David T.: Informed Consent: What Smokers Know and what they need to Know, Ottawa, December 1998. (Inntatt som vedlegg 2 til utredningen).

*Syse 1999* SYSE, ASLAK: Lov om pasientrettigheter, i Karnov kommenterte lovsamling, Oslo 1999 s 3129–3131.

*Søyseth et al 1995* SØYSETH V, KONGERUD J, BØE J.: Postnatal maternal smoking increases the prevalence of asthma but not of bronchial hyperresponsiveness or atopy in their children. *Chest* 107: 389–394, 1995.

*Tan and Phillip 1999* TAN RS and PHILLIP PS.: Perceptions of and risk factors for andropause. *Arch Androl* 43: 97–103, 1999.

*Tang et al 1995* TANG J-L, MORRIS JK, WQLD NJ, HOLE D, SHIPLEY M, TUNSTALL-PEDOE H: Mortality in relation to tar yield of cigarettes: a prospective study of four cohorts. *BMJ* 311: 1530–1533, 1995.

*Tjomsland 1987* TJOMSLAND, STEINAR: Foreldelse av erstatningskrav, *Jussens Venner* 1987 s 333–343.

*Tjomsland 1989* TJOMSLAND, STEINAR: Lovendring om foreldelse av erstatningskrav, *Jussens Venner* 1989 s 105–109.

*Tobacco Journal International 1999* Changing the Face of Cigarette Design, *Tobacco Journal International* nr 5, 1999.

*Torsvik 1978* TORSVIK P.: Massemedia i Norge, i M. Vaa, M. & N. Rogoff Ramsøy (red.): Det Norske Samfunn, bind 2: s 682–741. Oslo 1978. (Gyldendal Norsk Forlag).

*Torvund 1997* TORVUND, OLAV: Pengekravsrett, Oslo 1997. (Tano Aschehoug ISBN – 82-518-3599-2).

*Tredaniel et al 1997* TREDANIEL J, BOFFETTA P, BUIATTI E, SARACCI R, HIRSCH A.: Tobacco smoking and gastric cancer: review and metaanalysis. *Int J Cancer* 72: 565–573, 1997.

*Trichopoulos et al 1981* TRICHOPOULOUS D, KALANDIDI A, SPAROS L, MACMAHON B: Lung cancer and passive smoking. *Int J Cancer* 27, 1–4, 1981.

*Tverdal et al 1993* TVERDAL A, THELLE D, STENSVOLD I, LEREN P, BJARTVEIT K.: Mortality in Relation to Smoking History: 13 Years' Follow-Up of 68,000 Norwegian Men and Women 35–49 Years, *J Clin Epidemiol* 46: 475, 1993.

*Tzourio et al 1997* TZOURIO C, ROCCA WA, BRETELER MM, BALDERESCHI M, DARTIGUES JF, LOPEZ-POUSA S, MANUBENZ-BERTRAN JM, ALPEROVITCH A.: Smoking and Parkinson's disease. An age-dependent risk effect? The EUROPARKINSON study group. *Neurology* 49: 1267–1672, 1997.

*Uggerud 1998* UGGERUD, KEN: Erstatning etter straffeforfølgelse, Oslo 1998. (Cappelen Akademisk Forlag – ISBN 82-456-0482-8).

*UFFIR 1967* UTVALGET FOR FORSKNING I RØYKEVANER (UFFIR), oppnevnt av Landsforeningen mot Kreft etter anmodning av helsedirektøren. Påvirkning av røykeatferd. Oslo/Columbia, 1967.

*USDHEW/US Public Health* U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE,

Service 1964 Public Health Service, Center for Disease Control: Smoking and Health. *Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of Public Health Service*, PHS Publication No. 1103, 1964.

*USDHEW/US Public Health* U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE,

Service 1972 Public Health Service, Health Services and Mental Health Administration: The Health Consequences of Smoking. *A Report of the Surgeon General*, 1972. DHEW Publication No. (HSM) 72–7516.

*USDHEW/US Public Health* U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE,

Service 1979 Public health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health: Smoking and Health. *A Report of the Surgeon General* ., 1979. DHEW Publication No. (PHS) 79-50066, 1979.

USDHHS/US Department of Health U. S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,

and Human services 1981 Public Health Service, Office of the Assistant Secretary of Health, Office on Smoking and Health: The Health Consequences of Smoking: The Changing Cigarette. *A Report of the Surgeon General* . DHHS Publication No. (PHS) 81-50156, 1981.

USDHHS/US Department of Health U. S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,

and Human services 1982 Public Health Service, Office on Smoking and Health: The Health Consequences of Smoking: Cancer. *A Report of the Surgeon General* , DHHS Publication No. (PHS) 82-50179, 1982.

USDHHS/US Department of Health U. S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,

and Human services 1984 Public Health Service, Office on Smoking and Health: The Health Consequences of Smoking: Chronic Obstructive Lung Disease. *A Report of the Surgeon General* . DHHS Publication No. (PHS) 84-50205, 1984.

USDHHS/US Department of Health U. S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,

and Human services 1986 Public Health Service, Centers for Disease Control: The Health Consequences of Involuntary Smoking. *A Report of the Surgeon General* . DHHS Publication No. (CDC) 87-8398, 1986.

USDHHS/US Department of Health U. S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,

and Human services 1988 Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health: The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. *A Report of the Surgeon General* , DHHS Publication No. (CDC) 88-8406, 1988.

USDHHS/US Department of Health U. S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,

and Human services 1989 Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health: Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 Years of Progress. *A Report of the Surgeon General* , DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, Rockville, Maryland 1989.

USDHHS/US Department of Health U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES,

and Human services 1990 Public Health Service, Office on Smoking and Health: The Health Benefits of Smoking Cessation. *A Report of the Surgeon General*. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416. Rockville, Maryland, 1990.

*US Department of Labor 1994* U. S. DEPARTMENT OF LABOR, OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION: Indoor Air Quality; Proposed rule. Department of Labor. *Fed Reg* 59: 15968-16039, 1994.

*USEPA/US Environmental* U. S. ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY, EPA Office of

Protection Agency 1992 Research and Development: Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. EPA/600/6-90/006F., Washington, DC, 1992.

*US National Institutes of Health.* U. S. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. NATIONAL

National Cancer Institute 1997 CANCER INSTITUTE.: Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control. Monograph 8, NIH Publication No. 97-4213, 1997

*Villars-Dahl 1992* VILLARS-DAHL, LEIF: Gjeldsbrevloven og deponeringsloven. Kommentirutgave. 6. utg. Oslo 1992. (Universitetsforlaget – ISBN 82-00-21341-2).

*Viscousi 1992* VISCOUSI WK.: Smoking. Making the Risky Decision. New York-Oxford 1992 (Oxford University Press).

*Warner et al 1999* WARNER, KENNETH E., THOMAS A. HODGSON and CAITLIN E. CARROLL: Medical costs of smoking in the United States: estimates, their validity, and their implications, *Tobacco Control* 1999; Vol 8 pp 290–300.

*Waughan and Hammond 1990* WAUGHAN WM and HAMMOND SK. Impact of Adesignated smoking area@ policy on nicotine vapor and particle concentrations in a modern office building. *J Air Waste Manage Assoc* 40: 1012–1017, 1990.

*Wells 1994* WELLS AJ: Passive smoking as a cause of heart disease. *J Am Coll Cardiol* 24: 546–554, 1994.

*Whitby 1981* WHITBY WT.: Røyk med god samvittighet. Er tobakksrøyking ufarlig? Oslo 1981 (Bladcompaniet A/S).

*WHO 1957* THE WORLD HEALTH ORGANISATION: Expert committee on addiction-producing drugs. 7th report, 152. (Techn. rep. ser. nr. 116.) Side 62, 1957.

*Wigand 1998* WIGAND, JEFFREY S.: Cigarette Testing Methods, Product Design, and Labeling: Time to Clean Up the »Negative Baggage», *Tobacco Control* 1998 Vol 7 pp 336–337.

*Wilhelmsen 1998* WILHELMSEN, TRINE-LISE: Forsikringsavtalelovens regler om meldefrist og foreldelse, *Norsk forsikringsjuridisk forenings publikasjoner* nr 75 (1998).

*Wilkenfield et al 2000* WILKENFIELD, JUDITH, JACK HENNINGFIELD, JOHN SLADE, DAVID BURNS and JOHN PINNEY: It's Time for a Change: Cigarette Smokers Deserve Meaningful Information About Their Cigarettes, *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 92, No. 2, 2000 pp 90–92.

*Willett et al 1987* WILLETT WC, GREEN A, STAMPEER MJ, SPEIZER FE, COLDITZ GA, ROSNER B, MONSON RR, STASON W, HENNEKENS CH.: Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *New Engl J Med* 317: 1303–1309, 1987.

*Windham 1999* WINDHAM GC: Prenatal exposure to environmental tobacco smoke and fetal growth. In: International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. WHO/NCD/TFI/99.11. *World Health Organization*, Geneva, pp. 87–104, 1999.

*Winsa och Karlsson 1993* WINSÅ B och KARLSSON A. Rökning och giftstruma. *Läkartidningen* 90: 3051–3052, 1993.

*Wisborg et al 1996* WISBORG K, HENRIKSEN TB, HEDEGAARD M, SECHER NJ.: Smoking during pregnancy and preterm birth. *Br J Obstet Gynaecol* 103: 800–805, 1996.

*Witteman et al 1993* WITTEMAN JCM, GROBBEE DE, VALKENBURG HA, VAN HEMERT AM, STIJNEN T, HOFMAN A.: Cigarette smoking and the development and progression of aortic atherosclerosis. *Circulation* 88: 2156–2162, 1993.

*Wynder and Evarts 1950* WYNDER, ERNST L. and EVARTS A. GRAHAM: Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. A study of six hundred and eighty-four proved cases. *JAMA* 192, 88–94, 1950.

*Xu and Wang 1998* XU X and WANG L. Synergistic effects of air pollution and personal smoking on adult pulmonary function. *Arch Environ Health* 53: 44–53, 1998.

*Younger/Goldsmith/Sonenshein 1997* YOUNGER, IRVING, MICHAEL GOLDSMITH and DAVID A. SONENSHEIN: Principles of Evidence, 3rd ed., Ohio 1997. (Anderson Publishing Co. – ISBN 0-87084-733-3.)

*Zang and Wynder 1996* ZANG EA and WYNDER EL.: Differences in lung cancer risk between men and women: examination of the evidence. *J Natl Cancer Inst* 21: 183–192, 1996.

*Øie 1994* ØIE, OLE-ERIK: (red), Avgjørelser av Tygderetten 1994

*Øvergaard 1951* ØVERGAARD, J.: Norsk erstatningsrett, 2. utg. Oslo 1951. (Olaf Norlis Forlag).

#### 20.4 Artikler mv.

---

*AAP Newsfeed*

22. mars 1998 «Tobacco Company Helped Hollywood Light Up»

*AFP-Extel News Ltd.*

5. desember 1996 «RJR Nabisco's Goldstone to Seek 'Common Ground' With Anti-Tobacco Lobby»

*Associated Press*

11. oktober 1997 «First Norma Broin Beats Cancer, Now the Tobacco Industry»

8. januar 1998 «Firm conspired on high-nicotine tobacco»

29. januar 1998 «Cigarette makers manipulated nicotine»

2. februar 1998 «Ammonia Key to Marlboro's Success»

8. februar 1998 «Firm crated high-nicotine tobacco leaf»

10. februar 1998 «Firm still selling high-nicotine cigarettes»

19. februar 1998 «Firm exports high-nicotine cigarettes»

31. mars 1998 «Expert: Ammonia Altered Smoke's Flavor»

1. april 1998 «Witness: Firm used Freon in cigarettes»

21. april 1998 «Scientist details efforts to reduce tar»

15. juli 1998 «State Attorneys Will Pursue Tobacco Fight»

12. september 1998 «Dark Secrets of Tobacco Co. Exposed»

15. november 1998 «Big Tobacco Strikes Deal With States»

14. september 1999 «Philip Morris Files Amended Lobbying Statements»

28. september 1999 «Cigarette Cos. Lobbying Costs Drop»

13. oktober 1999 «Philip Morris: Tobacco Isn't Safe»

20. oktober 1999 «Fla. Court OKs Lump Tobacco Award»

*Baltimore Sun*

30. april 1999 «\$ 2 Million Award in Smoking Lawsuit»

*BBC News Online*

20 april 2000 «'Safer' Cigarette Marketed in US»

*The Boston Globe*

31. august 1998 «Bay State Drops Out of Tobacco Pact Talks; Harshbarger Eyes Mass. Settlement»

14. september 1999 «Philip Morris Files Amended Lobbying Statements» (Associated Press).

13. oktober 1999 «Philip Morris Cites Smoking As Cancer Cause»

*Chicago Tribune*

4. juli 1996 «Warning: Tobacco Can Be Hazardous to Your Political Health»

3. juli 1997 «If Smoke Clears, Tobacco Deal Still Faces Fire»

9. februar 1998 «Ammonia Boosted Nicotine, Experts Say»

*The Cincinnati Inquirer*

18. juli 1996 «Tobacco Gives to Campaign; Candidates Take Heat»

*The Dallas Morning News*

6. desember 1996 «RJR Chief Cites Need for Settlement: Tobacco Problems Holding Stock Price Back, Goldstone Concedes»

4. januar 1998 «Deal Predicted in Suit Against Tobacco Firms»

20. november 1998 «Morning Briefcase»

21. november 1998 «46 States Unanimously Accept Tobacco Settlement. \$ 206 Billion agreement Doesn't Eliminate Worries For Industry»

14. september 1999 «Government To Sue Tobacco Makers»

*The Financial Times (Storbritannia)*

16 oktober 1996 «Passive Smoking Claims Invalid»

18. februar 1999 «National News: Concern over cigarettes additives – Health Government demands explanation from tobacco industry»

*The Independent (Storbritannia)*

31. oktober 1996 «BAT Denies Smoking Claims»

8. januar 1998 «Business: US Subsidiary of BAT Cited in «High-Nicotine» Investigation»

12. mars 1998 «Living With A Smoker Can Kill You» (s 1) og «Tobacco Barons Refuse to Back Down in Passive Smoking Battle» (s 5).

*The Inquirer*

1. september 1999 «Tobacco Activist Just Won't Quit»

*Journal Now*

9. oktober 1999 «Curing Process May Cut Tobacco Compounds»

20. april 2000 «Reynolds Cites Science In Claim That Eclipse Cigarettes Offer Lesser Cancer Risk»

*The Legal Times*

- 15. januar 1996 «Philip Morris v. ABC: The Case ABC Never Made»
- 27. september 1999 «Tobacco Suit: Mapping the Attack»
- 3. januar 2000 «Union Tobacco Ruling Bodes Well for DOJ Suit»

*The Los Angeles Times*

- 29. september 1996 «California Elections; In Legislative Races, Tobacco Is a Hotter Issue Than Ever; Smoking; Several Candidates Get Burned By Foes For Taking the Industry's Donations»
- 15. januar 1998 «R. J. Reynolds Targeted Kids, Records Show»
- 16. januar 1998 «Texas will settle cigarette suit for record 15 billion; Tobacco: Manufacturers will pay for smoking-related health costs and remove billboards in the state. Pact avoids trial while Congress debates national agreement».

*Metro, The Florida Times-Union*

- 2. februar 1999 «Tobacco verdict toppled. \$1 million award erased; case moved»

*The Miami Herald*

- 4. september 1999 «Big Tobacco Avoids Huge Damage Costs»

*The Montreal Gazette*

- 6. desember 1996 «Tobacco an 'Outlaw Industry': RJR Head»

*Newsweek*

- 30. juni 1997 «Ifs, Ands and Butts»
- 26. januar 1998 «A Polite Kind of Race war Big Tobacco's Secret Kiddie Campaign»

*New York Law Journal*

- 21. mars 2000 «Tobacco Companies Score Big Win»

*The New York Times*

- 7. mai 1994 «Tobacco Companies Was Silent on Hazards»
- 30. juni 1996 «No Smoking: A Travel's Status Report. Clearing the Air: Significant Signposts»
- 6. juli 1996 «Dole Isn't the Only Politician to Take Tobacco Money»
- 21. juni 1997 «A Worrisome Tobacco Deal»
- 16. januar 1998 «Hooked On Young Smokers»
- 9. februar 1998 «Cigarette Makers Manipulated Nicotine»
- 12. mars 1998 «Senator Sets Priorities For Tobacco Legislation»
- 13. mars 1998 «Nicotine Raised For «Oomph»
- 10. juli 1998 «Tobacco Companies Seek New Accord With States»



27. juli 1998 «In Latest Tobacco Negotiations, States Lack Clear Health Goals»

5. august 1998 «Talks Stall In Effort To Reach Tobacco Accord»

27. august 1998 «2 Big Cigarette Producers Shun A New Round Of Tobacco Talks»

6. oktober 1998 «Trimmed Tobacco Plan Takes Center Stage»

22. september 1999 «Justice Sues Tobacco Companies to Recover Billions»

23. september 1999 «Tobacco Industry Accused of Fraud in Lawsuit by U.S.»

26. september 1999 «How Inquiry Into Tobacco Lost Its Steam»

13. oktober 1999 «Philip Morris Acknowledges Smoking's Link to Cancer»

15. oktober 1999 «A Tobacco Whistle-Blower's life Is Transformed»

11. november 1999 «Philip Morris Works on Its Image»

29. februar 2000 «Executive Says Philip Morris Is Open to Some Regulation»

10. april 2000 «Award in Miami Tobacco Suit Leads to Unexpected Twists»

20. april 2000 «R.J. Reynolds to Promote Cigarette Brand as Posing Lower Cancer Risk Than Others»

#### *Post-Gazette*

29. november 1998 «Derail This Tobacco Settlement»

#### *PR Newswire*

30. september 1999 «R. J. Reynolds Tobacco Company Says, Arkansas Judgment Highlights Weaknesses in Department of Justice Suit»

#### *Richmond Times-Dispatch*

29. september 1999 «Cigarette Firm Widens Testing of Accord» og «New Smoking Device to be Sold in 150 Stores»

#### *San Francisco Chronicle*

16. januar 1998 «The Shameful Tactics of One Tobacco Giant»

#### *Sun-Sentinel*

24. mars 1999 «State Appeal Court Upholds \$350 Million Award to Non-Smoking Flight Attendants»

20. oktober 1999 «Appeals Court Ruling Could Be Costly To Big Tobacco»

#### *The Sydney Morning Herald*

17. December 1999 «Safe cigarettes 'not a priority'»

#### *Time*

30. juni 1997 «Big Tobacco Takes a Hit»

*Time Daily*

19. januar 2000 «Why 'Light' May Not Mean a Safer Cigarette»

*USA Today*

23. juni 1997 «Rushing to Seal Tobacco Deal Would Risk Lives»

8. desember 1997 «Committee Gets First Look at Deals with Tobacco Firms»

16. januar 1998 «Kids Are Getting Lost In Tobacco Deal Shuffle»

20. februar 1998 «Memo: Industry Tried to Stop Public Panic»

23. april 1998 «Exerpts from a released tobacco memo»

10. juli 1998 «Tobacco Firms Talking Deal with States»

12. oktober 1998 «New 8-State Deal Derails Plan»

16. november 1998 «State Officials Outline Tobacco Deal»

17. november 1998 «Tobacco Battle Not Over Yet»

18. november 1998 «Two More States Join Tobacco Deal»

19. november 1998 «Ten States Join Tobacco Deal»

20. november 1998 «States Face Choices With Tobacco Money»

16. oktober 1999 «Governors, Industries Protest Tobacco Suit»

22. september 1999 «Justice Dept. Suing Tobacco Firms»

20. april 2000 «Reynolds: Cigarette Less Likely to Sicken. Company Launches First-of-its-Kind Sales Campaign Across the Internet»

*The Wall Street Journal*

23. juni 1997 «A Tobacco Settlement?»

4. juni 1998 «Big Tobacco Hits the Net, and Its Foes Look for Fire»

19 april 2000 «Judge Orders Start of Talks to End Tobacco Litigation in U. S.»

*The Washington Post*

22. juni 1996 «The Cigarette Deal»

30. september 1996 «Tobacco Lobby Created Campaign 'Watchdogs'; Nonprofit Group Tied to Philip Morris Monitored Trial Lawyer Donations»

11. oktober 1997 «Secondhand Smoke Trial Ends in Deal»

20. desember 1997 «Tobacco Industry Said to Spend Millions On Lobbying Campaign»

31. desember 1997 «Big Tobacco on Offensive/6-Month Bill For Lobbying; \$ 15.8 M»

15. januar 1998 «Internal R. J. Reynolds Documents Detail Cigarette Marketing Aimed At Children»

16. januar 1998 «Tobacco Firms Set to Pay Texas 14.5 Billion; Deal Would be Fourth by Industry since Summer» og «The Reynolds Papers»

13. mars 1998 «Common Cause Lists 'Soft' Donors» og «Pressure's Up to \$100 Million a Month»

19. mars 1998 «Tobacco Firms Put Much More Into Lobbying»

10. juli 1998 «Tobacco Companies Try To Settle With States; 37 Cases Pending Against Companies»

- 25. juli 1998 «Judge Voids Indiana Suit Against Tobacco Firms»
- 26. juli 1998 «Tobacco Firms, State Officials To Revisit Settlement Issues»
- 3. oktober 1998 «Progress Reported in Settlement Talks of 8 States, 2 Tobacco Firms»
- 14. november 1998 «Big Tobacco, State Officials Reach \$ 206 Billion Deal»
- 21. november 1998 «States Approve \$ 206 Billion Deal With Big Tobacco. Industry Retains Key Marketing Devices»
- 4. september 1999 «Big Tobacco Wins Ruling on Lump-Sum Damages»
- 22. september 1999 «U.S. Files Massive Tobacco Civil Suit»
- 23. september 1999 «Business Interest Groups Wary of U.S. Tobacco Suit»
- 13. oktober 1999 «Tobacco Firms Try to Clear Smoke From Their Images»
- 18. januar 2000 «Study Renews Tobacco Test Concerns»
- 29. februar 2000 «A Tobacco Giant Backs FDA Role»
- 19. april 2000 «RJR to Heavily Market New Cigarette»
- 20. april 2000 «A New Cigarette's Health Claims»

*Yahoo Finance/Yahoo News (website: <http://biz.yahoo.com> og <http://dailynews.yahoo.com>)*

- 17. desember 1999 «Star Scientific, Inc. Plans to Launch a New Low Nitrosamine Cigarette in the Spring of 2000»
- 10. januar 2000 «U.S. High Court Lets Stand Dismissal of Tobacco Suits»
- 18. januar 2000 «Smokers Get More Tar, Nicotine Than Thought – Study»
- 7. mars 2000 «New York Judge Dismisses Union Cases»
- 19 april 2000a «Bold Court Order Could Yield US Tobacco Deal Talks»
- 19. april 2000b «R. J. Reynolds Will Not Settle Smoker Lawsuits – CEO»

## Vedlegg 1

### **Casting blame on the tobacco victim: Impact on assumption of the risk and related defenses in The United States tobacco litigation**

*Richard A. Daynard, JD, Ph.D., Professor of Law, Northeastern University School of Law, Boston, Mass., USA. Mark Gottlieb, JD, Staff Counsel, Tobacco Products Liability Project, Boston, Mass., USA.*

#### *Introduction*

From the 1950s through the mid 1990s, tobacco companies in the United States had a nearly perfect record of success in defending product liability lawsuits brought against them by individuals who claimed harm caused by tobacco products. One of the cornerstones of the tobacco industry's defense strategy has been to aggressively blame the plaintiff, whether living or deceased, for his or her own injuries.

The legal defenses based on victim blaming have not been accepted by most courts as a bar to tobacco litigation. They simply permit the defendants to argue to the jury that the plaintiff does not deserve to recover any damages. But these arguments are becoming less persuasive with jurors in the United States in the face of evidence of the defendants' misconduct.

The tobacco industry's strategy is somewhat internally inconsistent internally because it consists of maintaining two positions in tension with each other: 1) we deny that our products caused the injury in question; and 2) all smokers, including the plaintiff, are aware of the risks of smoking but smoke anyway because they enjoy it. If the first prong of the strategy is weakened by strong medical evidence, then the second prong may still offer the defendant tobacco company an affirmative defense to avoid liability: the plaintiff who chose to smoke and ignore the risks that *the industry denies* is responsible for any alleged consequences of smoking, not the manufacturer of the product.

The appeal of victim-blaming is that it appears, at first blush, to be a common sense approach. Jurors are apt to agree that only a complete imbecile does not know that smoking is harmful. After all, there is a warning on every pack of cigarettes sold in the U.S. and most other countries, the U.S. Surgeon General's Reports, beginning in 1964, spelled out many specific medical problems related to tobacco use, and news articles and educational efforts all supported and reinforced the notion that cigarette smoking can cause lung cancer.

There is a difference between the general risks of smoking as understood by plaintiffs and the numerous specific risks known only by the tobacco companies and suppressed from the public's knowledge. The most important component in a cigarette is the addictive drug, nicotine. This drug and its varying dosages and chemical facilitators in specific brands and styles of cigarettes is very carefully and deliberately controlled by cigarette companies.

Critically, the presence and control of nicotine reduces the smoker's freedom to choose whether or not to continue smoking. Most smokers begin to

smoke regularly as teenagers<sup>986</sup> before they are capable of appreciating the risks and before many societies recognize them as fully capable of taking legally binding courses of actions such as entering into contracts. Finally, tobacco companies' denials of the risks posed by their products serve to confuse consumers, particularly consumers whose decision-making capacity may have already been compromised by the physiological dependence on nicotine.

These factors suggest that plaintiffs are not solely to blame for their misfortunes and that tobacco companies are also responsible for the harm caused by their products.

This opinion will examine the application and relevance of the various types of tobacco industry victim-blaming defenses and seek to suggest how they fit into the overall picture of current U.S. tobacco litigation.

#### *Overview of Assumption of the Risk and its Implications for Tobacco Litigation*

The assumption of risk defense has «hovered like a storm cloud over every smoker's claim against the tobacco companies.»<sup>987</sup> After the wave of lawsuits tried in the 1980s resulted in victories for the defense and tremendous expense for the plaintiffs, many observers believed that the industry's victim-blaming defense strategies had eliminated the threat of tobacco litigation. By the end of the 1990s, the effectiveness of this defense strategy is in serious doubt and tobacco litigation is the biggest threat facing the tobacco industry. After a plaintiff's verdict in March of 1999, the Washington Post reported that, «jurors appear to be increasingly willing to reject the industry's long-used defense that individuals bear responsibility for their choice to smoke.»<sup>988</sup> Yet the strategy is still the centerpiece of the tobacco industry's approach to tobacco litigation brought by its customers.

Classic assumption of risk doctrine completely precluded recovery when a plaintiff subjectively appreciated a risk and voluntarily encountered it.<sup>989</sup> More recently, assumption of risk has merged with comparative fault doctrine in most jurisdictions (see the next section of this opinion). The basic rationale behind this defense is that it would be an injustice for plaintiffs to recover for injuries caused by their own foolhardy behaviors. Yet, the distinction between understanding general and specific risks, decision-making in the context of addiction to nicotine, initiation of smoking in childhood, and denials of risk and inconsistent statements by tobacco companies, has eroded the bases for successful use of these defenses.

986.U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994 at 8.

987.See Robert L. Rabin, Review Essay: Some Thoughts on Smoking Regulation, 43 Stan. L. Rev. 475, 493 (1991).

988.Sandra Torrey, «Record \$81 million verdict in Tobacco Case.» Washington Post, March 31, 1999, p. A6.

989.See Restatement (Second) of Torts § 496A (1977); W. Page Keeton et al., Prosser and Keeton on the Law of Torts § 68, at 480-81 (5th Ed. 1984) (hereinafter cited as «Keeton»).

Assumption of risk can occur where the defendant owes a duty of care to the plaintiff<sup>990</sup> and the plaintiff *knowingly* encounters a risk of injury caused by the defendant's breach of duty.<sup>991</sup>

The essential elements of the assumption of risk doctrine are the plaintiff's *subjective understanding* of the risk, *voluntary choice* to encounter the risk, and *willingness to accept* that risk.<sup>992</sup> Under traditional assumption of the risk, the presence of these three elements would provide a complete bar to recovery by a plaintiff.

With the rise of comparative fault principles (also known as comparative negligence, see next section of this report), many courts have become reluctant to require that a plaintiff's claim be eliminated altogether by assumption of risk.<sup>993</sup> A complete bar to recovery may still be appropriate when the plaintiff expressly assumes a risk, or when the defendant's duty of care is absent or limited, such as a consensual sporting event or amusement park ride.<sup>994</sup>

In the context of tobacco litigation, assumption of the risk arguments have been used most effectively against the traditional products liability theories of negligence and strict liability. Until the mid-1990s, very few other legal theories had been tested against tobacco defendants.

The affirmative defense of assumption of the risk requires the defendant to provide evidence to demonstrate that the plaintiff subjectively knew of the risk and deliberately proceeded to act in spite of it.<sup>995</sup> A defendant must show that the «nature and extent» of the risk were «fully appreciated» and that the plaintiff voluntarily proceeded to face that risk.<sup>996</sup> «It is well established . . . that the assumption of the risk defense requires knowledge of the specific defect eventually causing injury and the voluntary use of the product with knowledge of the danger caused by the specific defect.»<sup>997</sup> Accordingly, in order to preclude a plaintiff from recovering because he assumed the risk, the «defendant must establish that plaintiff had knowledge of and appreciation of the precise risk involved.»<sup>998</sup>

In a recent case that resulted in a jury verdict for the plaintiff,<sup>999</sup> *Henley v. Philip Morris, Inc., et al.*,<sup>1000</sup> the negligence claim was alleged in such a

990. Where «the relationship of the defendant to the plaintiff is that of manufacturer to consumer, a duty of care is owed by the former to the latter.» See *Milwaukee Electric Tool Corp. v. Superior Court*, 15 Cal. App. 4th 547, 565-66 (1993).

991. *Id.*

992. See *Barnes v. American Tobacco Company*, 984 F. Supp. 842, 868 (E.D. Pa. 1997), cert. denied 119 S.Ct. 1760 (1999) (hereinafter cited as «Barnes»); see also *Fernandez v. City of New York et al.*, 645 N.Y.S. 2d 1004, 1006 (1996); see *Ouachita Wilderness Institute, Inc. v. Mergen*, 947 S.W. 2d 780, 786 (1997).

993. See Restatement (Third) of Torts: Products Liability § 17 cmt. D, Keeton et al., § 68, at 495.

994. Richard L. Cupp, Jr., A Morality Play's Third Act: Revisting Addiction, Fraud and Consumer Choice in «Third Wave» Tobacco Litigation, 46 U. Kan. L. Rev. p. 477 (April, 1998) (hereinafter cited as «Cupp»).

995. *Barnes*, 984 F. Supp. at 869; see also *Ouachita Wilderness Institute, Inc.*, 947 S.W. 2d at 786; see also *Stephen v. American Brands, Inc.*, 1986 WL 15622 (N.D. Fla. 1986); see *Hildebrand v. Minyard*, 494 P.2d 1328 (Az. Ct. App. 1972).

996. E.g., *Barnes*, 984 F. Supp. at 869.

997. *Id.*, quoting *Dougherty v. Royal Zenith Corp.*, 1991 WL 151913 (E.D. Pa. Aug. 1, 1991) (not reported in Fed Supp.).

998. *Barnes*, 984 F. Supp. at 869.

way as to anticipate and deny the essential elements of assumption of the risk or contributory fault defenses:

*At times material, the ordinary consumer, including the plaintiff, did not in the exercise of ordinary diligence know of the likelihood of, the severity of, or the extent of the risks from CIGARETTE DEFENDANTS' cigarettes, which are outlined above. [emphasis added]*

At times material to this action, CIGARETTE DEFENDANTS actually knew, or in the discharge of ordinary care should have known of the following:

...

- that the harms [caused by smoking] . . . would more likely be experienced if users did not restrict their intake of defendants' cigarettes, or if they began to use the products at an early age.
- that use of the products as intended was likely to lead to addiction, habituation, and/or dependence, particularly if begun at an early age;
- that termination or limitation of use would be exceedingly difficult if consumption was initiated and that this difficulty would increase as cumulative consumption increased;
- that developing knowledge before and after 1970 demonstrated that previous users are at great risk of harm (as listed above) and should seek medical monitoring;
- that CIGARETTE DEFENDANTS could establish a reasonably safe dose for foreseeable users;
- that there were feasible improvements in design, composition, or manufacture of cigarettes such as to materially decrease the foreseeable risk to user;
- that switching to the so-called «light» cigarette would not be less hazardous because the individual would compensate for the decreased nicotine levels by smoking more;
- that the FTC method of measuring «tar & nicotine» levels underestimated the levels of nicotine actually delivered; and
- that adding ammonia, or otherwise altering the PH of the tobacco, enhanced the delivery of nicotine, thereby increasing addiction and/or dependence.<sup>1001</sup>

A key element of this claim is that the plaintiff could not know of the likelihood, severity or extent of the risk while the cigarette company defendant, Philip Morris, must have understood these risks. If the nature and extent of the risk is not fully appreciated, then the defense is more apt to fail. While defendants can produce historians to testify that most people understood that smoking was not good for human health at the relevant time and may even produce testimony that indicates that the plaintiff shared in this *general* understanding of

999.The jury verdict was reached on February 9, 1999 and widely reported, e.g., Barry Meier, «\$51 Million Verdict Awarded to Smoker Is Biggest of Its Kind,» New York Times, February 11, 1999 at A1.

1000.Sup Ct. of CA, SF, Case No. 995172.

1001.First Amended Complaint, Henley v. Philip Morris, Inc., et al. (Sup Ct. of CA, SF, Case No. 995172), paragraphs 33-34,37.

risk, that should be insufficient to evade liability via an assumption of the risk defense.

In the *Henley* case, the trial judge rejected a post-verdict motion asking the court to void the jury's decision based on assumption of the risk.<sup>1002</sup>

But even well before the current «Third-Wave» of tobacco litigation in the U.S. that has seen a handful of juries deciding in favor of smoking victims, the idea that classic assumption of the risk should essentially disqualify plaintiffs was hardly universal. Except where legislation expressly prohibited tobacco litigation, most states left the issue of the plaintiff's responsibility for his injuries to the jury.

In 1991, the Louisiana Supreme Court in *Gilboy v. American Tobacco Co., et al.*,<sup>1003</sup> overturned two lower court decisions and ruled that the question of the plaintiff's knowledge of the dangers of smoking was a disputed issue of material fact and not to be assumed as a matter of law.<sup>1004</sup> The Court in *Gilboy* relied on the 1986 Note from the Harvard Law Review, «<sup>1005</sup> Plaintiffs' Conduct as a Defense to Claims Against Cigarette Manufacturers,» in determining that victim-blaming involves complicated factual issues for juries to decide and should not determine the fate of the litigation as a matter of law.<sup>1006</sup> The Note, included as an attachment to this report, explains many of the challenges facing defendants who seek to invoke victim-blaming defenses and is still quite relevant thirteen years after its publication in the Harvard Law Review.

#### *Why Assumption of the Risk and its Related Defenses have Become Less Effective*

With the exception of only a few states that have essentially eliminated tobacco litigation by individual smokers (e.g., Texas and Mississippi), assumption of the risk principles can, at best, provide defendant tobacco companies with the opportunity to persuade jurors that plaintiffs' behaviors should preclude or minimize any recovery resulting from injuries caused by the defendants' products. That task is becoming increasingly difficult for defendants.

Beginning in 1994, plaintiffs' lawyers began to obtain internal tobacco industry documents indicating that the tobacco companies were well aware that nicotine was addictive. At the same time, these companies were representing to consumers and Congress that nicotine was not addictive.<sup>1007</sup>

Evidence has also surfaced that tobacco companies have controlled nicotine levels in cigarettes in ways that may serve to promote their consumers' addiction.<sup>1008</sup> Such evidence of misconduct can be used by plaintiffs to show they did not voluntarily assume the risk of becoming addicted to cigarettes and to shift the blameworthiness to the tobacco companies.

1002. *Henley v. Philip Morris, Inc., et al.* 14.2 TOBACCO PRODS. LITIG. REPTR. 2.33 (lowering punitive damages and denying motion for JNOV).

1003. 582 So. 2d 1263; 6.2 TPLR 2.295.

1004. I.d.

1005. 99 Harv. L. Rev. 809 (1986).

1006. 582 So. 2d 1263 at 1265; 6.2 TOBACCO PRODS. LITIG. REPTR. 2.295 at 2.296.

1007. Myron Levin, *New Analysis for the Tobacco Industry*, L.A. Times, Aug. 13, 1996, at D1 (reporting new evidence that suggests tobacco executives have known for 30 years that their products were addictive).

1008. Cupp at 474



*Voluntarily Encountering of Risk*

The addiction issue complicates matters for defendants raising assumption of risk defenses because of its requirement that plaintiffs voluntarily encountered a known danger. If nicotine addiction from smoking means that smokers have impaired choices regarding smoking cessation, smokers could be found not to have voluntarily assumed the risk, particularly if they did not appreciate the addictiveness when they began smoking.<sup>1009</sup> The defendants may, nonetheless, be entitled to some reduction in liability under a «comparative negligence» theory (see below) because some addicted smokers may be able to quit, albeit with great effort and discomfort.

The tobacco industry actually argues that their products could not be addictive because, as former R.J. Reynolds Tobacco Company CEO James W. Johnson rhetorically asked, «if cigarettes were addictive, could almost 43 million Americans have quit smoking?»<sup>1010</sup> The rhetoric ignores the fact that an addiction reduces the freedom to quit but does not completely eliminate it. Addicts to narcotics quit every day but nobody argues that, for example, heroin is not addictive.

The use concepts such as «free choice» and «personal responsibility» is inherently flawed in the context of addiction to nicotine in cigarettes.<sup>1011</sup> The free choice argument may not apply to a plaintiff who started smoking and became addicted to the nicotine in cigarettes when during teenage years (especially before any warning labels were placed on cigarette packages).<sup>1012</sup> In *Gilboy v. American Tobacco Co., et al*, the plaintiff allegedly became addicted to nicotine at age 12 or 13 and, «his judgment would not have been equal to that of a mature individual.»<sup>1013</sup>

In a recent decision in *Nicolo v. Philip Morris, Inc.*, the Court speculated that «alleged misrepresentations regarding the addictive nature of nicotine very well might negate the defense of assumption of risk on the theory that the plaintiff, once addicted, no longer ‘voluntarily’ assumed that risk.»<sup>1014</sup> Philip Morris itself has acknowledged the harm to the «free choice» argument in a 1980 internal Philip Morris document which stated the company counsel had been concerned «that the entire matter of addiction is the most potent weapon a prosecuting attorney can have in a lung cancer/cigarette case. We can’t defend continued smoking as a ‘free choice’ if the person was addicted.»<sup>1015</sup>

An analysis of the impact of nicotine addiction on the voluntariness requirement of assumption of the risk must address the issue that, while smokers are exercising their will in continuing to smoke, that will is diminished by a physiological addiction to nicotine, a chemical carefully controlled

1009.Cupp at 482

1010.Testimony of James W. Johnson before the House of Representatives Committee on Energy and Commerce Subcommittee on Health and the Environment, April 14, 1994 p. 559, viewed at <http://www.house.gov/waxman/pdf/4-94tob/1-17.pdf>.

1011.Henley v. Philip Morris, Inc., et al. 14.2 TOBACCO PRODS. LITIG. REPTR. 2.33 (lowering punitive damages and denying motion for JNOV).

1012.Cupp at 482.

1013.582 So. 2d 1263 at 1265; 6.2 TPLR 2.295 at 2.296.

1014.37 F.Supp. 2d 121, 125 (D. R.I. 1999)

1015.Henley v. Philip Morris, Inc., et al. 14.2 TOBACCO PRODS. LITIG. REPTR. 2.33 (lowering punitive damages and denying motion for JNOV).

by defendants in the manufacturing process. While, strictly speaking, smoking is a voluntary act (i.e., no person is pointing a gun to the smoker's head), it may not be truly voluntary in the way that is contemplated in assumption of the risk defenses.

### *Youth Targeting*

The voluntary requirement for the assumption of the risk argument is further clouded by the fact that a large majority of adult smokers began smoking before reaching legal adulthood.<sup>1016</sup> Courts recognize that children do not have the same capacity to make responsible decisions and have difficulty fully understanding risks.<sup>1017</sup>

It is alleged that the tobacco industry has directed advertising towards children with increased vigor in recent years.<sup>1018</sup> Stylish cartoon characters such as «Joe Camel» and idealized role models such as «The Marlboro Man» are aimed, at least in part, at children, who constitute most of the industry's market for new consumers. Such advertising that targets youth is another factor that undermines the voluntary encounter with the risk required by the defense.<sup>1019</sup> In the past, when many current plaintiffs began to smoke, sports heroes and celebrities who would have appealed to the young were featured in cigarette advertisements. Although their approach has changed, defendants' efforts to attract youthful customers have not abated in the past half-century.

The combination of advertising and promotional activity designed to entice minors to smoke before they develop the capacity to understand the risks and the addictive nature of the product may further weaken assumption of the risk and related defenses.<sup>1020</sup>

### *Subjective Appreciation of the Risk*

The requirement that the plaintiff must subjectively appreciate the risk is vague enough to be open to broad interpretation by courts and juries deciding whether or how assumption of risk defenses should be applied.<sup>1021</sup> Courts in products liability cases typically address this ambiguity by requiring the plaintiff's appreciation of the risk to be fairly precise before applying the assumption of risk defense.<sup>1022</sup> The defendant must prove not just that the plaintiff understood the product was generally dangerous, but more specifically that «the plaintiff voluntarily and unreasonably exposed himself to the specific danger causing the injury.»<sup>1023</sup>

1016.Richard Lacayo, Put Out the Butt, Junior, Time Magazine, Sept. 2, 1996, at 51

1017.See, e.g., McDaniel v. Sunset Manor Co., 269 Cal. Rptr. 196, 199 (Cal. Ct. App. 1990).

1018.See, e.g., Leal Beattie, Motor Sports: Tobacco Debate Raging, Dayton Daily News, Sept. 22, 1996, at 7D; D. James Romero, The First Puff, Los Angeles Times, Sept. 18, 1996, at E1 (citing a University of California-San Diego study that ranks advertising as a stronger reason than peer pressure for beginning smoking).

1019.Cupp at 489.

1020.99 Harv. L. Rev. 809, at 816.

1021.Cupp at 489-91.

1022.Wild v. Consolidated Aluminum Corp., 752 S.W. 2d 335 (Mo. Ct. App. 1988).

This argument would likely focus on either an assertion that the danger is so obvious that it must be assumed that the plaintiff was aware of it or that warnings adequately informed the plaintiff of the dangers.<sup>1024</sup> But even in the case of warnings that state that smoking causes lung cancer or death, it can be argued that without specific information about the acuteness of the risk, such as an understanding that one out of X number of smokers will contract lung cancer, the plaintiff's knowledge of the risk may lack the required specificity.<sup>1025</sup>

In *Baker v. Liggett Group, Inc.*, a federal district court suggested that smokers may not appreciate all the relevant risks.<sup>1026</sup> While the victim admitted knowledge of some risks in that case, if the specific knowledge of the precise danger involved is not known or understood, assumption of the risk and related defenses may fail.

Evidence of fraud and misrepresentation by tobacco companies could be interpreted by jurors to mean that smokers might not have made a fully informed choice. Jurors could conclude that because smokers were fraudulently told that it has not been proven that use of tobacco products is dangerous and causes addiction, they did not have the information necessary to fully appreciate the risks associated with smoking.<sup>1027</sup> If jurors are convinced that tobacco defendants deliberately minimized risks of which they were fully aware, this might allow smokers to at least recover partial damages, even if they are blameworthy themselves, as well as opening up the possibility of punitive damages in some jurisdictions. Indeed, if the claim is fraud, fraudulent concealment, or conspiracy to commit fraud -- all of which the jury *Engle* class action found the U.S. cigarette manufacturers to be guilty of<sup>1028</sup> -- the court could instruct the jury to consider that when analyzing affirmative plaintiff conduct defenses or could make certain affirmative defenses unavailable in light of affirmative findings on fraud theories.

Evidence supporting such conclusions that contrast markedly with tobacco defendants' public statements is now widely available. Some examples recently compiled by the World Health Organization are listed below:<sup>1029</sup>

- «Nicotine is addictive. We are, then, in the business of selling nicotine, an addictive drug.» (Addison Yeaman from Brown & Williamson, 17 July 1963)
- «Happily for the tobacco industry, nicotine is both habituating and unique in its variety of physiological actions.» (Research planning memo by R.J. Reynolds Tobacco Co researcher Claude Teague, 1972)
- «Very few consumers are aware of the effects of nicotine, i.e. its addictive nature and that nicotine is a poison.» (Brown & Williamson memo signed

1023.M. Stuart Madden, *Products Liability* § 13.8, at 15 (2d ed. 1988); see also Barnes, 161 F.3d at 148.

1024.99 Harv. L. Rev. 809 (1986) at 813.

1025.I.d. at 814.

1026.132 F.R.D. 123 (D. Mass. 1990); 5.3 TOBACCO PRODS. LITIG. REPTR. 2.113.

1027.Cupp at 491

1028.Engle Jury Answer Sheet at 14.3 TOBACCO. PRODS. LITIG. REPTR. 2.108.

1029.Viewed at <http://wwwlive.who.ch/toh/worldnotobacco99/english/industry.htm>. For a more complete selection, see <http://www.tobacco.org/Documents/document-quotes.html> or <http://www.ash.org.uk/papers/chronologies.html>.

by H.D. Steele, 1978)

- «We have to satisfy the 'individual' who is either about to give up or has just done so... We are searching explicitly for a socially acceptable addictive product. The essential constituent is most likely to be nicotine or a direct substitute for it.» (Key Areas – Product Innovation Over Next 10 Years for Long Term Development, British American Tobacco Memorandum, August 1979, as reported in *The Guardian*, 15 February 1998)
- «It has been suggested that cigarette smoking is the most addictive drug. Certainly large numbers of people will continue to smoke because they can't give it up. If they could they would do so. They can no longer be said to make an adult choice.» (British American Tobacco, 1980)
- «Nicotine is the addicting agent in cigarettes» (Brown & Williamson memo from A.J. Mellman, 1983)
- «Why do people smoke?... to relax; for the taste; to fill the time; something to do with my hands. ... But, for the most part, people continue to smoke because they find it too uncomfortable to quit.» (Philip Morris, internal presentation, 20 March 1984)

The fraud argument may have been a decisive factor in the very different outcomes of two cases from 1996. In *Carter v. Brown & Williamson Tobacco Co.*, the jury was presented with evidence of the company's fraud in not disclosing the known addictiveness of nicotine.<sup>1030</sup> Although the jury struggled with the plaintiff's voluntary decision to smoke, they returned a verdict for the plaintiff.<sup>1031</sup> Whereas in *Rogers v. American Tobacco Company*, the jury was not presented with the same evidence of misconduct by the tobacco industry.<sup>1032</sup> Without such evidence, the jury found the plaintiff had assumed the risk in choosing to smoke and decided the case in favor of the defendant.<sup>1033</sup>

Further support for the contention that smokers did not have fully informed knowledge of the risk is contained in survey reported by the Journal of the American Medical Association (JAMA). JAMA surveyed over 3,000 adults to assess smokers' perceptions of their risks of heart disease and cancer.<sup>1034</sup> Conclusions found that most smokers do not perceive themselves at increased risk of experiencing heart disease or developing cancer. The results were that only 29 % and 40 % of current smokers believed they have a higher than average risk of myocardial infarction (heart attack) or cancer, respectively, and only 39 % and 49 % of heavy smokers acknowledged these risks, according to a 1999 survey.<sup>1035</sup>

1030.No. 95-00934 CA (Fla. Cir. Ct. Duval County Aug. 9, 1996).

1031.Note that the award was overturned on appeal under Florida's Statute of Limitations.

That decision has been appealed to the Florida Supreme Court, which heard the case in November of 1999.

1032.No. 49 D 029302 CT 0008 (Ind. Super. Ct. Marion County Aug. 23, 1996).

1033.Cupp at 490.

1034.JAMA Science News Update March 17, 1999.

1035.Id.

*The Emergence of Comparative Negligence*

Comparative negligence, also called comparative fault, is a system that allows a plaintiff to recover some portion of the damages caused by the defendant's negligence even if the plaintiff was also partially negligent and responsible for causing the injury. Almost all states now follow this system. If the defendant owes a duty of care and the plaintiff impliedly assumes a risk, courts are increasingly treating the plaintiff's choice as equivalent to comparative fault.<sup>1036</sup>

In fact, many jurisdictions have held that assumption of the risk no longer exists as a legal doctrine in such situations; it is subsumed by the doctrine of comparative fault.<sup>1037</sup> One difficulty in generalizing about assumption of the risk is that differences in affirmative defenses exist from state to state. While assumption of risk is still a complete defense to a products claim in some states, in others, it is a part of comparative fault analysis. Furthermore, some states utilize «pure» comparative fault. Pure comparative fault allows recovery of 1 % of damages even if the plaintiff is found to have been 99 % at fault. Other states follow a modified comparative fault system where no recovery is permitted unless the defendant is found to be at least 50 % at fault.<sup>1038</sup>

The fact that the «plaintiff may have been aware of the risk created by the defendant's conduct should not operate as a total bar to recovery; instead, comparative fault principles should apply and victim's awareness of danger is among factors to be considered in assessing percentages of fault.»<sup>1039</sup> In the context of failure to warn claims, the Court in *Gilboy* stated that «the adequacy of a manufacturer's warning is a factor in assessing comparative fault.»<sup>1040</sup>

In each of the individual smoker trials in the U.S. resulting in verdicts for the plaintiffs, comparative fault principles were applied. In the first case to result in a damage award to a plaintiff, *Cipollone et al. v. Liggett Group, Inc., et al*<sup>1041</sup>., comparative fault barred recovery by the plaintiff for failure-to-warn

1036.Cupp at 477-78; see also Restatement (Third) of Torts § 17 cmt. D, Keeton § 68, at 495.

1037.Cupp at 478; see also *Leavitt v. Gillaspie*, 443 P.2d 61 (Alaska 1968) (holding that the doctrine of assumption of risk was no longer distinct from the concept of contributory negligence); *Valley Nat'l Bank v. National Ass'n for Stock Car Auto Racing, Inc.*, 736 P.2d 1186 (Ariz. Ct. App. 1987) (abolishing assumption of risk in favor of comparative fault); *Blackburn v. Dorta*, 348 So. 2d 287 (Fla. 1977) (holding that assumption of risk as an affirmative defense merged with comparative negligence); *Harrison v. Taylor*, 768 P.2d 1321 (Idaho 1989) (abolishing assumption of risk in favor of comparative fault); *Horton v. American Tobacco Company*, 667 So. 2d 1289 (Miss. S. Ct. 1996) (finding assumption of risk doctrine is subsumed in comparative fault doctrine); *Harvey v. Mid-Coast Hospital*, 36 F. Supp. 2d 32 (Me. 1999) (finding the theory that the plaintiff's claim could be barred because he or she voluntarily assumed the risk was abolished in Maine with the adoption of comparative negligence principles); *Perez v. McConkey*, 872 S.W. 2d 897 (Tenn. 1994) (finding assumption of risk should not be retained as a separate defense but that «the reasonableness of a party's conduct in confronting a risk should be determined under the principles of comparative fault»); *Milwaukee Electric Tool Corp.*, 15 Cal. App. 4th at 566 (holding once it is found that the defendant owes a duty of care to the plaintiff and has breached that duty, the doctrine of assumption of risk is merged into the comparative fault scheme).

1038.*Castano v. American Tobacco Company*, 84 F.3d 734 (5th Cir. 1996); see also *Horton v. American Tobacco Company*, 667 So. 2d 1289, 1293 (Miss. 1995) (upholding jury verdict for smoker plaintiff with \$0 damages).

1039.*Hammons v. City of Tallulah*, 705 So. 2d 276 (La. App. 2nd Cir. 1997).

1040.582 So. 2d 1263 at 1266.

claims. The jury found the deceased plaintiff to have been 80 % responsible for her injuries caused by the defendants' failure-to-warn.<sup>1042</sup> New Jersey followed a modified comparative fault model and, since the percentage of fault attributed to the victim was greater than 50 %, she was denied recovery.<sup>1043</sup> However, the jury did award the victim's spouse \$400,000 for breach of express warranty to which the comparative fault defense did not apply, but the verdict was overturned on appeal.<sup>1044</sup>

It was eight years before *Carter v. Brown & Williamson Tobacco Corp.* went to trial and provided another plaintiffs' verdict in an individual smoking trial.<sup>1045</sup> In Florida, where the trial took place, a pure comparative fault system is followed.<sup>1046</sup> In that case, the plaintiff actually admitted some responsibility for his lung cancer on the witness stand. Grady Carter said: «I am responsible. I bought Lucky Strikes. I smoked them from 1947 to 1972.»<sup>1047</sup> This admission came after the defendant waived the defense as is the pattern in trials in states adhering to comparative negligence. It is likely that the reason the defense waives comparative fault defenses is that it hopes the jury will find a way to convert its intuition that the plaintiff was somehow at fault into a complete verdict for the defense.

In *Carter*, the jury found cigarettes to be defective products and awarded the plaintiffs \$750,000.<sup>1048</sup> However, an appellate court reversed the verdict<sup>1049</sup> based on a statute of limitations appeal and the issue is now before the Florida Supreme Court.

In a similar wrongful death case tried in 1998, *Widdick/Maddox v. Brown & Williamson Corp.*,<sup>1050</sup> a Florida jury held Brown & Williamson liable for compensatory and punitive damages totaling just under one million dollars. That verdict was later overturned on appeal in an unusual ruling that the trial occurred in the wrong Florida county.<sup>1051</sup> An attorney representing the defendant, John Nyhan, stated, «We thought that they [the jurors] would recognize Mr. Maddox's responsibility for his illness.» However, his client waived the comparative fault defense just as it had in the *Carter* case.

On February 9, 1999, a San Francisco jury found Philip Morris Inc. liable for the inoperable lung cancer of plaintiff Patricia Henley. The jury answered «yes» to all fifty-four questions posed to them in the case by California Superior Court Judge John Munter. A \$1.5 million compensatory damage award was arrived at by the twelve-member jury after four days of deliberations. On

1041.Civil Action No. 83-2864 D.NJ (1988).

1042.693 F. Supp. 208; 893 F.2d 541, 554 (3d Cir. 1990).

1043.N.J. Stat. Ann § 2A:15-5.1, -5.2 (West 1987).

1044.The verdict was over turned by the U.S. Court of Appeals for the Third Circuit, see 893 F. 2d 541, and later remanded for a new trial by the U.S. Supreme Court, see 505 U.S. 504; 112 S. Ct. 2608. That the retrial did not occur and the case was voluntarily dismissed.

1045.No. 95-00934CV-B ( Fla. Cir. Ct. Duval County, Florida, 1996).

1046.Gilchrist Timber Co. v. ITT Rayonier, 696 So. 2d 334 (1997).

1047.June Bell, « Tobacco trial victors busy,» The Florida Times-Union (Jacksonville, FL) April 28, 1997, p. A1.

1048.Verdict form viewed at [http://www.bottary.com/tobacco\\_verdict.htm](http://www.bottary.com/tobacco_verdict.htm).

1049.Brown & Williamson Tobacco Corp. v. Carter 728 So. 2d 344 (1998).

1050.No. 97-03522, Fla. 4th Jud. Cir (June 10, 1998); verdict video viewed at: [http://www.audionet.com/video/courtvtv/061098\\_tobverdict.ram](http://www.audionet.com/video/courtvtv/061098_tobverdict.ram)

1051.Brown & Williamson Tobacco Corp. v. Angela Widdick, No. 98-894, Fla. App., 1st Dist.; 14.1 TOBACCO PRODS. LITIG. REPTR. 2.25.

February 10, 1999, that jury awarded Ms. Henley an additional \$50 million in punitive damages. Members of the jury were reportedly influenced by the tobacco industry documents introduced at trial. The foreman described the jury as «angry» at the defendant, Philip Morris, Inc.<sup>1052</sup>

In *Henley*, like in *Carter* and *Widdick/Maddox*, the tobacco industry defendants waived the comparative negligence defense. As previously discussed herein, the trial judge rejected a post-verdict motion asking the court to void the jury's decision based on assumption of the risk.<sup>1053</sup>

In the following month, on March 30, 1999, a twelve person jury in Portland, Oregon found Philip Morris, Inc. liable for the lung cancer death of Jesse Williams in *Branch-Williams v. Philip Morris, Inc.*<sup>1054</sup> The award included \$79.5 million in punitive damages and \$800,000 in compensatory damages to the estate of Mr. Williams. The decision was the biggest liability verdict ever against the tobacco industry. There, the pattern established *Carter* continued and the comparative fault defense was again waived.

The movement away from classic assumption of the risk doctrine to comparative negligence defenses has provided the opportunity for plaintiffs to get to trial and present evidence of tobacco industry defendant wrongdoing. That evidence has become increasingly effective at persuading juries to consider issues that have led to four verdicts for the plaintiff in a span of 31 months.

*Common Knowledge Defense and Comment i of the Restatement 2d of Torts,*

The American Law Institute (ALI) undertook to restate the law of torts in 1964. § 402A of the Institute's *Restatement (Second) of Torts* provides special liability of a seller of a product for physical harm to the user or consumer if product is unreasonably dangerous. However, the Institute added a comment which excluded tobacco from strict liability:<sup>1055</sup>

Comment i. Unreasonably dangerous. The rule stated in this Section applies only where the defective condition of the product makes it unreasonably dangerous to the user or consumer. Many products cannot possibly be made entirely safe for all consumption, and any food or drug necessarily involves some risk of harm, if only from over-consumption. Ordinary sugar is a deadly poison to diabetics, and castor oil found use under Mussolini as an instrument of torture. That is not what is meant by «unreasonably dangerous» in this Section. The article sold must be dangerous to an extent beyond that which would be contemplated by the ordinary consumer who purchases it, with the ordinary knowledge common to the community as to its characteristics. Good whiskey is not unreasonably dangerous merely because it will make some people drunk, and is especially dangerous to alcoholics;

1052. *Henley v. Philip Morris, Inc., et al.*, No. No. 995172 (Cal. Super.); Meier, Barry, «\$51 Million Verdict Awarded to Smoker Is Biggest of Its Kind,» *New York Times*, Feb. 11, 1999, P. A1.

1053. *Henley v. Philip Morris, Inc., et al.* 14.2 TOBACCO PRODS. LITIG. REPTR. 2.33 (lowering punitive damages and denying motion for JNOV).

1054. *Estate of Jesse D. Williams v. Philip Morris Inc.*, No. 9705 03957 (Ore. Cir., Multnomah Co.)

1055. *Restatement (Second) of Torts*, § 402 A; see Thomas C. Galligan, Jr., *A Primer on Cigarette Litigation Under the Restatement (Third) of Torts: Products Liability*, 27 Sw. U. L.Rev. 487, 496 (1998) (hereinafter cited as «Galligan»).

but bad whiskey, containing a dangerous amount of fusel oil, is unreasonably dangerous. *Good tobacco is not unreasonably dangerous merely because the effects of smoking may be harmful*; but tobacco containing something like marijuana may be unreasonably dangerous. Good butter is not unreasonably dangerous merely because, if such be the case, it deposits cholesterol in the arteries and leads to heart attacks; but bad butter, contaminated with poisonous fish oil, is unreasonably dangerous. [emphasis added]

Although it did not have the force of law, Comment i of the Restatement, published in 1965, and was influential with the judges who made rulings reflecting the sensibilities of the drafters of the Restatement. Inherent in those sensibilities were attitudes concerning common knowledge and assumption of the risk that work to the disadvantage of plaintiffs.

The tobacco example provided in the text of comment i suggests that the drafters were naive about the cigarette manufacturing and engineering process used by the tobacco industry. Hundreds of chemical additives, many of which are highly toxic, are used in the manufacture of cigarettes. There is a legitimate question whether tobacco with ammonia or other psychoactive and potentially toxic additives is really «good tobacco.»

Comment *n* of Restatement Second of Torts § 402 A provided that assumption of risk was a defense to strict products liability.<sup>1056</sup> However, comparative responsibility (i.e., comparative fault) was not endorsed in the Restatement (Second) of Torts.

In 1998, the American Legal Institute issued a new Restatement (Third) of Torts. The new Restatement is intended to reflect the many changes in the law since the Restatement (Second) covering damages was first published. At that time most states treated a plaintiff's contributory negligence or assumption of the risk as an absolute bar to recovery. Today forty-six states have adopted some form of comparative fault system.<sup>1057</sup>

The Restatement (Third) promises to impact directly the common law of product liability and the accompanying individual plaintiff's right to recover from a product manufacturer.<sup>1058</sup> It states that «[t]he nearly universal adoption of comparative responsibility by American courts and legislature has had a dramatic impact on these issues.»<sup>1059</sup> The new Restatement «endorses pure comparative negligence (i.e., if the plaintiff is 99 % at fault he can still recover 1 % of his damages.»<sup>1060</sup>

While the Restatement (Third) is not law and may or may not be adopted by individual jurisdictions, the influence of the Restatement (Second) of Torts § 402 A was unprecedented.<sup>1061</sup> The Restatement (Third) of Torts' section on products liability supports the trend away from treating assumption of risk as an all-or-nothing defense in products liability cases. § 17 of the draft states that «[a]ll forms of plaintiff's failure to conform to applicable standards of care are

1056.Id.

1057.Sylvia Hsieh, Apportionment of Damages Changed, Lawyers Weekly USA, June 14, 1999, at 1.

1058.Galligan at 497

1059.Restatement (Third) of Torts: Apportionment of Liability (1998).

1060.Hsieh at 15

1061.Id.



to be considered by the trier of fact for the purpose of apportioning responsibility between the plaintiff and the product seller or distributor.»<sup>1062</sup>

This trend is reflected in the recent trend in tobacco litigation toward allowing the plaintiff to make his case and permitting the jury to decide whether or not it was entirely the plaintiff's fault that he was stricken with lung cancer. The problem of a smoker's personal choice remains a consideration under the Third Restatement's approach to strict liability; however, the consumer's knowledge is merely one factor weighed by the court in its broad balance of risks and benefits.<sup>1063</sup> The consumer may have known that smoking imposed some risk, but he may not have known the severity of the risk and the risk-utility balance favored in the Restatement (Third) seems to be in the smoker's favor.<sup>1064</sup> It is a strong indication of the way the American legal community has changed its views regarding tobacco liability that there is no analogue to «comment i» in the new Restatement. An effort to include such language was reversed by the Institute's membership in a floor vote.

#### *States Views on Comment i*

In 1993, the state of Texas, passed a civil justice reform (i.e., «tort reform») law to restrict litigation in that state. The measure effectively banned tobacco litigation and may have been drafted by tobacco industry agents.<sup>1065</sup> The provision dealing with tobacco made direct reference to comment i of the Restatement (second) of Torts.<sup>1066</sup>

An almost identical measure had been passed in California in 1987.<sup>1067</sup> For ten years, potential smoker plaintiffs in that state were unable to file individual lawsuits until the law was amended in 1998 by a measure restoring the common law rules as applied to tobacco defendants.<sup>1068</sup> The first tobacco case tried in California since the restriction was lifted was the *Henley* case which resulted in a jury verdict for the plaintiff.

In another state, Ohio, the Ohio Products Liability Act includes a «common knowledge» defense to negligence and strict liability claims. That section states:

A product is not defective due to lack of warning or instruction or inadequate warning or instruction as a result of the failure of its manufacturer to warn or instruct about an open and obvious risk or a risk that is a matter of common knowledge.<sup>1069</sup>

In that state, courts have held that the dangers of smoking were common knowledge and barred by the Ohio Products Liability Act<sup>1070</sup> except in a pend-

1062. See Restatement (Third) of Torts, § 17

1063. Tucker S. Player, *After The Fall: The Cigarette Papers, The Global Settlement, And The Future of Tobacco Litigation*, 49 S.C. L.Rev. 311, 332-33 (1998).

1064. Id.

1065. William Glaberson, «Some Plaintiffs Losing Out In Texas' War on Lawsuits.» *The New York Times*, June 7, 1999, p. A1.

1066. Tex. Civ. Prac. & Rem. Code Ann. § 82.004(a) (Vernon 1997).

1067. Cal Civ Code § 1714.45 (1987).

1068. Cal. Stats 1997 ch 570.

1069. Ohio Rev. Code 2307.76(B)

ing case where the plaintiff quit smoking in 1966 before the danger was within the court's definition of «common knowledge.»<sup>1071</sup>

In contrast to Ohio, where rulings by federal district courts have resisted tobacco litigation, the New Jersey Supreme Court ruled in 1990 that the New Jersey Products Liability Law does not provide to tobacco companies a common knowledge defense bar to litigation as a matter of law.<sup>1072</sup> The language in the New Jersey Products Liability Law is almost identical to that in the Ohio statute. But in New Jersey, the state's highest court ruled that, «we are unable, therefore, to decide that as a matter of public policy, manufacturers of cigarettes should be immunized from liability for the harms caused by their products. That decision is consistent with the general policy in New Jersey of 'liberally favoring jury resolution of defectiveness issues.'»<sup>1073</sup> The New Jersey Court recognized the influence of comment i on the Products Liability Law but ruled that it was not simply a codification of the comment.

### *Conclusion*

Assumption of the risk and related plaintiff conduct / victim-blaming defenses are no longer a major barrier to tobacco litigation by smokers in the United States. While an obstacle in some jurisdictions resulting from legislative created diminutions in plaintiffs rights, tobacco companies can no longer rely on these defenses.

Recent trials have demonstrated that jurors are responding with anger toward tobacco defendants when presented with evidence of industry efforts to deceive and addict consumers and are now less likely to blame the plaintiff for three major reasons: 1) the product is highly addictive and the plaintiffs' freedom of choice diminished; 2) most plaintiffs began smoking before reaching adulthood and were not able to make a mature and informed decision before the onset of addiction to the product; and 3) the vast and deliberate difference between the consumer's and defendant's knowledge of the specific risks posed by the products.

As a result, smoker plaintiffs in tobacco trials have obtained favorable verdicts in nearly half of the trials held over the past three years after decades of failure. Now the tobacco companies must assume the risk of financial ruin in the courts as a result of their conduct over past fifty years.

Submitted this 19<sup>th</sup> Day of December, nineteen hundred and ninety nine:

Richard A. Daynard, JD, Ph.D.

Professor of Law

Northeastern University School of Law

400 Huntington Avenue

Boston, MA 02115 USA

Mark A. Gottlieb, JD

Staff Counsel

Tobacco Products Liability Project

---

1070. See Jones v. American Tobacco Co., et al., 13.3 TOBACCO PRODS. LITIG. REPTR. 2.174 (1998).

1071. Tompkin, et al. v. American Brands, Inc., et al., Case No. 5:94cv1302 (D. OH).

1072. Dewey et al., v. R.J. Reynolds Tobacco Co., et al. 121 NJ 69 (NJ Sup. Ct. 1990).

1073. Dewey at 100 quoting from Huddell v. Levin, 537 F.2d 726, 736 (3rd Cir. 1976).

400 Huntington Avenue  
Boston, MA 02115 USA

### Appendix A

#### *Summary of Leading Non-Statutory Causes of Action in U.S. Cigarette Cases*

\* Note that the names of these causes of action may vary slightly from cases to cases based on the conventions of the jurisdictions in which they were raised. Here we have chosen the most common uses. Statutory causes of action based on consumer protection statutes or product liability statutes vary greatly from state to state and are omitted herein.

1. *Negligence*: A defendant cigarette manufacturer may be found negligent if it fails to exercise the degree of care that a reasonable cigarette manufacturer would exercise under like circumstances. Defendant has a duty to provide a reasonably safe cigarette in design and manufacture and to warn of the addictive nature of nicotine in cigarettes. In U.S. cases, the Federal Cigarette Labeling and Advertising Act (15 U.S.C. §§ 1331 *et seq.*) (requiring warning labels) preempts most failure-to-warn negligence claims for conduct occurring from 1969 to the present. Defendants knew or should have known that Defendants' cigarettes were inherently defective, unreasonably dangerous, deleterious, poisonous, addictive and otherwise harmful to smokers. In the complaint in the class action *Engle et al. v. R.J. Reynolds Tobacco Co., et al.* (hereinafter referred to as «Engle»), the plaintiff enumerates seven specific failures to exercise the requisite degree of care:
  - a) failure to design and manufacture products that were not addictive;
  - b) failure to design and manufacture tobacco products that did not contain an unreasonable level of nicotine;
  - c) failure to warn the smoking consumers of the addictive nature of nicotine when said Defendants knew or should have known of nicotine's addictive nature;
  - d) failure to take any reasonable precautions or exercise reasonable care to adequately or sufficiently reduce or remove the level of nicotine in cigarettes so that smokers would have the ability to quit;
  - e) failure to utilize a safer design that was readily available to Defendants, so that smokers could purchase a nicotine free cigarette;
  - f) failure to utilize accurate measurements as to levels of true nicotine yield and tar in «low tar» cigarettes;
  - g) failure to provide the smoking public with information known solely by the Defendants as to the health risks involved in smoking cigarettes and the addictive nature of nicotine;
  - h) failure to remove and recall tobacco products from the marketplace upon learning that cigarettes were addictive and poisonous and caused serious illnesses and death to smokers and those in the vicinity of cigarette smoke.

Plaintiff must prove defendant's duty, breach, actual and proximate cause of injury, and damages.

2. *Strict Liability*: If a manufacturer or supplier of tobacco products sells defective products (defective in design or manufacture) such that it is

unreasonably dangerous, then the defendant has breached its duty to supply reasonably safe products and may be held strictly liable. The products must be defective when they left the control of the defendant(s). An example would be cigarettes containing manipulated levels of nicotine that were manufactured by defendants and were expected to and did reach the ultimate user/customer without any changes in the product as manufactured, manipulated and sold. In *Engle*, three failures of the defendants were cited in the original complaint:

- i. Defendants failed to design, manufacture, distribute and sell a safer alternative cigarette that would not addict smokers – although a safer alternative design for cigarettes was available at all times material;
- ii. Said Defendants failed to warn the class representatives and members of the class that use of their product would cause addiction and the inability to stop smoking cigarettes;
- iii. Said Defendants failed to warn the class representatives and members of the class that the levels of nicotine were manipulated by said Defendants so as to insure the consumers' addiction to cigarettes.

A strict liability count must establish a strict duty owed by the defendant, breach of that duty, actual and proximate cause of injuries, and damages.

3. *Breach of Implied Warranty*: If tobacco companies sell or supply cigarettes that were defective in that they were not reasonably fit for the uses intended, they can be held liable under for a breaching the implied warranties of merchantability and fitness. These two implied warranties apply to every sale of goods in the U.S. Therefore, tobacco defendants impliedly warranted that their tobacco products which were designed, manufactured and sold to the plaintiffs, were merchantable and fit and safe for their ordinary use. The control of nicotine levels to create and sustain addiction may be considered a breach of implied warranties. Also, because the products cause disease and death when used as intended, a breach of implied warranties is indicated.
4. *Breach of Express Warranty*: If tobacco companies sell or supply cigarettes that, at the time of sale or supply, did not conform to representations of fact made by said Defendant(s), either orally or in writing, they can be held liable under for a breaching the express warranties. Defendants expressly warranted to the Plaintiffs and members of the class that Defendants' cigarettes were not addictive; that Defendants did not manipulate the nicotine levels in Defendants' cigarettes; and that Defendants did not intend to addict Plaintiffs and members of the class. In *Engle*, plaintiffs argued that defendants expressly warranted in their advertising, promotion and packaging of cigarette products, that cigarettes contained specified levels of tar and nicotine. Defendants utilized inaccurate measuring devices to calculate the levels of tar and nicotine and understated them to the smoking public, including Plaintiffs. Defendants breached their express warranties by offering for sale and selling as non-addictive, cigarettes that were in fact addictive and contained elevated levels of nicotine manipulated by defendants with the intention to cause to become addicted to cigarettes.
5. *Fraud and Misrepresentation* : If tobacco defendants make a false state-

ment of a material fact, either knowing the statement was false or misleading, or being without knowledge as to its truth or falsity, with the intention of misleading smokers, then they can be held liable for fraud and misrepresentation. The complaint in *Patricia Henley v. Philip Morris, Inc., et al.* (hereinafter «Henley») alleged that when tobacco defendants represented to members of the general public, including a plaintiff, that cigarettes and other tobacco products were of merchantable quality, and safe for the use for which they were intended, they accomplished these representations and induced members of the public and government, including plaintiff, to rely thereon through, among other methods, an aggressive and continuing campaign up to 1969 of deceptive, erroneous, misleading, and false advertisements in the print, cinema, radio and television media designed to conceal the true health hazards and addictive nature of cigarettes and to lure new, especially youthful, users to replace the older ones who died. After 1969, they continued to disseminate deceptive, erroneous, misleading, and false statements concerning the state of the medical research concerning cigarettes and the diseases they cause, as well as the extent of health hazards and the addictive nature of cigarettes and continued to lure new, especially youthful smokers to replace the older ones who died via «informational» communications, the dissemination of coupons and gifts, the underwriting of sports, concerts, and other such events, and the «underwriting» of purportedly scientific research and studies. It is important that it is established that plaintiffs relied upon these misrepresentations and that this was a cause of the injury resulting in the requested damages.

6. *Fraudulent Concealment*: If defendants conceal or omit material information, not otherwise known or available, knowing the material was false and misleading, or failed to disclose a material fact concerning or proving the health effects and/or addictive nature of smoking cigarettes, then they can be held liable for fraud by concealment. In *Henley*, the plaintiff alleged fraudulent concealment and noted that defendants carried out a campaign of fraud, false statements, misrepresentations, and concealment of material information in three ways: First, they agreed falsely to represent to plaintiff and others that questions about smoking and health would be answered by a new, unbiased, and trustworthy source. Second, they misrepresented, suppressed and confused the facts about the health dangers of smoking, including addiction. They concealed their actual knowledge concerning their own negative health and addiction research results and their manipulation and control of the nicotine content of their products to create and perpetuate smokers' addiction to cigarettes were critical to the conspiracy. The defendants claimed, falsely, that there is insufficient «objective» research to determine if cigarette smoking causes disease and that cigarettes are not addictive. The success of the conspiracy depended upon the concerted action of the cigarette manufacturers [in a so-called «gentleman's agreement»], for otherwise the revelation by one company of what it knew about the health consequences of smoking and/or the availability of a «safe(r)» cigarette and/or the addictive nature of the manufacturers' cigarettes would have thwarted the conspiracy. Third, the

defendants used lawyers to misdirect what purported to be objective scientific research to create favorable, and to suppress and/or destroy unfavorable findings regarding the health consequences of smoking. To discourage meritorious litigation by plaintiffs injured due to tobacco, they engaged in «scorched earth» litigation tactics in combination with suppressing and distorting evidence in order to protect the industry's existence and profits.

7. *Civil Conspiracy-Misrepresentation and Civil Conspiracy-Concealment:* If two or more of the defendants enter into an agreement to misrepresent information relating to the health effects of cigarette smoking, or the addictive nature of smoking cigarettes, with the intention that smokers and members of the public rely to their detriment, then they may be held liable for a civil conspiracy to misrepresent. If two or more of the defendants enter into an agreement to conceal information relating to the health effects of cigarette smoking, or the addictive nature of smoking cigarettes, with the intention that smokers and members of the public rely to their detriment, then they may be held liable for a civil conspiracy to conceal. In *Engle*, the plaintiffs alleged a broad range of conspiratorial conduct dealing with misrepresentation and concealment by the defendants, including:
- Each of the defendants conspired to deprive the public of medical and scientific data reflecting the dangers associated with smoking cigarettes, including the addictive nature of nicotine.
  - These defendants have worked in collusion to utilize misleading words, half truths and visual imagery in a hugely successful advertising campaign to confuse children and teenagers who are contemplating smoking, about the reality, nature and extent of the dangers of cigarette smoking, and the addictive nature of nicotine.
  - These defendants have conspired to develop a public relations strategy aimed at combating the mounting adverse scientific reports regarding the dangers of smoking. There has been a conspiracy to refute, undermine and neutralize information coming from the scientific and medical community and to confuse and mislead the consuming public in an effort to encourage new persons to commence smoking and to encourage existing smokers to believe that they have made an «adult choice» to continue smoking.
  - There has been a conspiracy to completely hide all scientific data proving that nicotine is addictive and that smoking cigarettes causes serious illnesses, including lung cancer, emphysema and heart disease.
  - Defendants have conspired to manipulate the level of nicotine in cigarettes so as to keep a nation of smokers addicted and smoking. The nicotine levels have been intentionally raised in low tar cigarettes, to insure that smokers of low tar cigarettes remain addicted.
  - There has been a conspiracy of these defendants to deny the validity of statistics establishing that 434,000 persons die each year in the United States as a result of smoking cigarettes; there has been a conspiracy to suppress and hide medical testing and research through the Special Projects Division of the Council for Tobacco Research -- U.S.A.
  - There has been a conspiracy to spend billions of dollars each year to

entice new smokers, targeting youngsters, women and minorities, to make up for the smokers who are dying or who have finally been able to quit, following serious debilitating illnesses caused by tobacco.

- Defendants have conspired to intentionally miscalculate and inaccurately measure the levels of tar and nicotine in cigarettes so as to grossly understate those measurements and deceive the consuming public and the United States Government.
- Defendants have conspired to design filters with tiny holes that would enable the tobacco industry to measure less tar and nicotine through conventional measuring mechanisms, than is actually received in the lungs of the smoker.
- Defendants have conspired to manipulate the level of nicotine in low tar cigarettes so that the smokers of low tar cigarettes remain addicted.
- Defendants have conspired to misrepresent the true measurement of tar and nicotine on cigarette packages -- knowing that the true yield of nicotine and tar is far greater than that disclosed.
- Defendants have conspired to misrepresent to the public at large that there is still a legitimate controversy as to whether smoking cigarettes causes any diseases, with full knowledge that the opposite is true.
- Defendants have conspired to utilize those portions of the tobacco leaves containing the most nicotine so as to maximize the level of nicotine and addiction in low tar cigarettes.
- Defendants conspired to misrepresent to the public at large and members of Congress on March 25, 1994 and April 14, 1994, by stating under oath that nicotine is not addictive and cigarettes do not cause disease or death.
- Defendants have conspired to avoid presenting to the American public a safer cigarette without nicotine, since a safer design would not produce a society of addicted smokers.
- There has been a conspiracy by these Defendants to misrepresent to the United States Government and the American public that the tobacco industry advertises only to entice smokers to switch brands.
- Defendants have conspired to establish the Special Projects Division of the Council for Tobacco Research -- U.S.A.; a division that was fraudulently established to hide medical research linking tobacco and disease and conceal evidence establishing that nicotine was and is addictive. These Defendants further conspired to utilize the «attorney/client privilege» as a means of hiding and suppressing medical research and testing performed by the Special Projects Division.
- There has been a conspiracy to completely hide all scientific data proving that cigarettes cause serious illnesses, including lung cancer, and that nicotine is addictive.
- The misconduct of these defendants through their conspiracy have been outrageous and in total disregard of the health and well being of members of the American public, including the class representatives and members of the class. There has been a concerted effort to increase profits, notwithstanding the suffering and premature death of

millions of Americans.

- All of the defendants have entered into a conspiracy to misrepresent and falsify data so as to convince the public at large that there is no danger from smoking cigarette and that nicotine is not addictive. Defendants Council for Tobacco Research -- U.S.A. and the Tobacco Institute, Inc. have been instrumental in this conspiracy to misrepresent and commit fraud. Through this conspiracy, Defendants have successfully kept from the public and the Plaintiffs herein the fact that smokers are addicted to nicotine and that smoking is responsible for millions of preventable deaths and debilitating diseases.

It is necessary that the misrepresentations were relied upon by plaintiffs and that they caused injury and damages specified by the plaintiff.

8. *Intentional Infliction of Emotional Distress* : If one or more of the defendants engaged in extreme and outrageous conduct or with reckless disregard to cigarettes sold or supplied plaintiffs with the intent to inflict severe emotional distress, then they may be held liable for intentional infliction of emotional distress. In *Engle*, the plaintiff alleged the claim by asserting:
  - Each of the defendants acted in an extreme and outrageous fashion towards plaintiff, the American public and the United States Government, by adamantly denying that nicotine is addictive while at the same time said defendants were manipulating the levels of nicotine in their tobacco products so as to addict plaintiffs to cigarettes.
  - Each of the defendants acted with the intention of causing severe emotional distress to the class representatives and members of the class. The conduct of each of these defendants, both singularly and in concert, was so outrageous in character and so extreme in degree as to go beyond all possible bounds of decency; said defendants' conduct is intolerable in a civilized society and was calculated to cause the class representatives and members of the class to become addicted to cigarettes with resulting illnesses, disease, suffering and eventual death.
  - It is necessary for the plaintiff to demonstrate that the plaintiff did, in fact, suffer extreme emotional distress as a result of the defendants' conduct.
9. *Punitive Damages*: Punitive damages may be available in certain jurisdictions where the defendant's bad conduct rise to a very high level. The purpose of punitive damages is to punish the defendant and deter future bad conduct by other defendants. Usually punitive damages, when awarded, are paid to the plaintiff, but in some jurisdictions, some of the funds are reserved for specific state programs. In *Henley*, the plaintiff characterized the defendants' behaviors in the claim for punitive damages:
  - Defendants behaviors were motivated by the financial interests of the cigarette defendants in the continuing, uninterrupted distribution and marketing of cigarettes and tobacco products and the acquisition of new, youthful consumers. In pursuance of said financial motivation, the defendants consciously disregarded the safety of the users of, and persons exposed to the smoke of, cigarettes and other tobacco products, and were in fact, consciously willing to permit cigarettes and



tobacco products to cause injury to smokers and bystanders exposed to the smoke, including plaintiffs.

- The conduct of the cigarette defendants was and is willful, malicious, outrageous, and in conscious disregard and indifference to the safety and health of the public, including plaintiffs. For the sake of example, and by way of punishing the cigarette defendants, plaintiffs seek punitive damages according to proof.

If punitive damages are allowed, the question of whether they are appropriate and the amount of any such damages is a matter for the jury to determine.

These nine causes of action are the most common in ones utilized by plaintiffs in current U.S. tobacco litigation. The specific elements and uses provided herein were drawn primarily from two leading contemporary cases, *Engle* and *Henley* (see Opinion of Counsel for relevant citations). Each case uses its own theories and fact patterns and may or may not precisely resemble those used in this summary.

### *Appendix B*

#### Note

#### *Plaintiffs' conduct as a defense to claims against cigarette manufacturers*

Harvard Law Review

February, 1986

Copyright 1986 by the Harvard Law Review Association

Within the past two years, consumers of cigarettes and other tobacco products have brought a rash of lawsuits against these products' manufacturers. [FN1] The plaintiffs seek to recover damages for special and consequential losses allegedly caused by the use of these products. [FN2] This litigation marks the first attempt to hold the tobacco industry liable for smoking-related losses since a previous round of suits brought in the late 1950s and early 1960s failed to yield recoveries for plaintiffs. [FN3] The new cases have gained attention in the mass media [FN4] largely because of the prevalence of smoking in our society and the serious health risks associated with tobacco consumption. [FN5] Although <sup>\*810</sup>the cases have been brought under a variety of tort theories, strict liability seems to be the most promising theory for plaintiffs. [FN6] In many of these cases, the industry has responded by raising a variety of affirmative defenses based on plaintiffs' conduct. [FN7] Although at first glance the cigarette litigation seems to offer the paradigmatic case for a successful plaintiff-conduct defense, [FN8] further examination of the particular facts of these cases and the underlying concerns of tort law suggest that a seemingly improbable outcome-- failure of the defense--may be justified.

This Note considers doctrinal and justificatory considerations that bear on the use of plaintiff-conduct defenses in the pending product liability actions against tobacco manufacturers. Part I applies the plaintiff-conduct doctrines to the cigarette litigation and concludes that the defenses may be unsuccessful in many of these cases. Part II considers justificatory theories of tort law as

they apply to the cigarette \*811 litigation and concludes that, on balance, these rationales undermine the defenses in such cases.

*I. Doctrinal analysis of plaintiff-conduct defenses in cigarette product liability actions*

Section 402A of the Restatement (Second) of Torts provides for strict products liability for physical harm resulting from 'unreasonably dangerous' products. [FN9] Comment n to section 402A provides that a plaintiff's conduct will constitute an affirmative defense when she 'voluntarily and unreasonably proceeds to encounter a known danger.' [FN10] Under various doctrinal rubrics, most jurisdictions have adopted some form of this defense. [FN11] Because the defenses lessen the 'strictness' of strict liability, some courts and commentators have questioned the appropriateness of plaintiff-conduct defenses in products liability actions. [FN12] To meet this concern, courts have interpreted the defenses narrowly against defendants, demanding that defendants prove that plaintiffs' actions met certain stringent requirements. [FN13] These requirements, which have been applied with varying rigor, include that the plaintiff was competent to know a dangerous condition, knew the activity in question was dangerous, appreciated the nature and extent of the danger, and voluntarily exposed herself to \*812 the risk. [FN14] In the cigarette cases, courts will encounter a complex factual situation to which these flexible requirements must be applied.

*A. Plaintiffs' Competence to Assess Tobacco's Risks*

A threshold doctrinal condition for using a plaintiff's conduct to bar or limit her recovery is that the plaintiff was competent to recognize the dangerous situation when she encountered it. Plaintiffs who began smoking as minors have raised the competence question in the tobacco cases by arguing that they are not legally accountable for (that is, are not at fault for, or have not assumed the risk of) their decision to smoke. Because the great majority of adult smokers started before reaching the age of twenty-one, [FN15] a ruling exempting those who began smoking as minors from defenses based on that decision would have a major impact on the cigarette cases. [FN16]

The legal status of minors in plaintiff-conduct doctrine is uncertain. [FN17] Some commentators have argued that minors should be deemed incompetent per se to assume the risk of cigarette smoking, just as they are incompetent to consent to sexual relations or to enter into binding contracts. [FN18] Such a blanket ruling might devastate the industry's plaintiff-conduct defenses. [FN19] Even if courts take the more common approach--not ruling all minors' decisions to smoke incompetent per se, but instead examining each minor's actual competence \*813--defendants would still have difficulty meeting their burden of proof on the competence issue. Competence determinations are a complex factual matter, requiring a retrospective analysis of a plaintiff's knowledge, mental capacity, and awareness of the risks as a minor. [FN20] In the cigarette cases, the industry will have to face the allegation that it has deliberately appealed to minors, 'seducing' them to become cigarette addicts before they were competent to assess the risks of smoking. [FN21]

*B. Plaintiffs' Knowledge of Tobacco's Risks*

Defendants asserting a plaintiff-conduct defense in a products liability action must prove that the plaintiff acted knowingly with respect to the risk. [FN22] Defendants must show either that the danger encountered was so obvious and notorious that knowledge of it may be assumed, [FN23] or that the manufacturer's explicit warning informed the user of the product's danger. [FN24]

Knowledge that smoking has potential health risks has become widespread in the two decades since the first Surgeon General's Report on smoking and the subsequent public debate over smoking's health hazards. [FN25] Two recent studies show that only 10 % of the public is unaware that cigarette use is 'hazardous to health'; it seems, however, that smokers--especially heavy smokers--are somewhat less aware \*814 of these dangers. [FN26] Nonetheless, there are few other products for which such a general awareness of possible danger exists. Moreover, cigarette packages have, since 1965, carried an explicit warning of the health hazards of cigarette smoking--a warning that was strengthened in 1970. [FN27] In addition, following a 1972 consent decree between the tobacco industry and the Federal Trade Commission, a health warning has appeared in all cigarette advertising. [FN28] As a result of both the general knowledge and the warnings, defendants and commentators have argued that smokers knowingly assumed the risks of cigarette smoking. [FN29]

Plaintiffs and some commentators respond that the industry cannot establish that smokers had sufficient knowledge of smoking's dangers to have assumed the risk of cigarette use. They point in particular to three defects in the general knowledge and the warnings that render them inadequate. First, general public knowledge of smoking's dangers may not extend to awareness of smoking's particular health risks, which include lung cancer, heart disease, and pregnancy complications. [FN30] Nor, until recently, have the general warnings appearing in advertisements and on cigarette packages provided any specific caution as to these health problems. [FN31] Plaintiffs therefore allege that, whatever general knowledge they might have had of smoking's dangers, this awareness does not meet the doctrinal requirement of a specific knowledge of the risk. [FN32] Second, plaintiffs point to their lack of information or warning as to the magnitude of smoking's risks. [FN33] Finally, most smokers have lacked an awareness of the risk of addiction to tobacco use; many commentators see this lack of awareness of addiction as a key factor in the current litigation. [FN34] Because of these defects in plaintiffs' awareness of smoking's risks, the tobacco industry may be unable to meet its burden of proving that a plaintiff's decision to smoke was a knowing one.

*C. Plaintiffs' Voluntariness in Using Tobacco*

Although anecdotal accounts of the addictive nature of tobacco use date back to the 17th century, and many reports of addiction were known in the early 1960s, smoking's addictive nature has only recently been widely considered. [FN35] Although the ability of millions to stop smoking has led some to question the danger of tobacco addiction, [FN36] the current consensus of the medical community is that smoking is addictive. [FN37] If courts were to

accept this medical conclusion, two considerations suggest that it would be hard for manufacturers to employ a plaintiff-conduct defense successfully.

First, addiction makes a plaintiff's decision to continue smoking less voluntary, and only voluntary activity will support a plaintiff-conduct defense. Consequently, current plaintiffs are prominently pleading addiction (and defendants' failure to warn them of addiction) to blunt defendants' claims that smokers voluntarily assumed the risk \*816 of continued, lifetime smoking. [FN38] Doctrinally, a plaintiff addicted to a product--without warning of the danger of addiction--might not be held to have assumed the risk of continued use. [FN39] But this addiction 'defense to the defense' will be viable only if the plaintiff had neither warning nor sufficient knowledge of the danger of addiction; a smoker who had such information may have assumed the risk of addiction as well as the risk of smoking. Furthermore, before plaintiffs can make effective use of the addiction issue they must prove that cigarettes are generally addictive, rather than addictive merely to a few hypersensitive individuals. [FN40]

Second, plaintiffs' claims of addiction are related to the issue of minors' incompetence to assess the risks of smoking. [FN41] If minors are deemed incompetent to assess smoking's dangers--and thus not legally responsible for their decision to start smoking--defendants are likely to argue that plaintiffs' continued smoking beyond the age of competence 'ratified' their earlier, incompetent decision to smoke. [FN42] Addiction is the key to rebutting this ratification argument: if a plaintiff can demonstrate that smoking is addictive and that she became addicted before she was competent to assess the risks of smoking, a defendant will be unable to establish that her conduct was ever simultaneously competent and voluntary. [FN43] A showing by plaintiffs that tobacco is addictive will therefore cause far fewer cigarette cases to fall within the plaintiff-conduct defense than one might otherwise have expected.

#### *D. The Impact of Cigarette Manufacturers' Conduct*

Plaintiffs and supportive commentators have argued that two types of tobacco industry conduct undercut the industry's assertion of a \*817 plaintiff-conduct defense. First, they argue that the industry should not be allowed to assert that smokers assumed tobacco's risks while refusing to admit in court that such risks exist. [FN44] Although this statement of the industry's litigation posture is accurate, [FN45] the argument fails to distinguish between representations made to consumers and alternative pleadings made to a court. Inconsistent or contradictory representations to consumers might well undercut the legal effect of warnings to these consumers, but inconsistent or alternative court pleadings are permissible, [FN46] particularly when the defendant is 'legitimately in doubt about the factual background of its case or the legal basis for its defense.' [FN47]

Second, plaintiffs allege that manufacturers' promotional activities directed at consumers have undermined the effectiveness of the health warnings. [FN48] Courts in other contexts have held that manufacturers' promotional activities may render warnings ineffective as a matter of law, even when the consumers in question were far more sophisticated than the average smoker. [FN49] In the case of cigarette advertising, the conduct and conse-

quences of tobacco industry campaigns--which have allegedly suggested that certain types of cigarettes could be smoked safely--has been highly controversial. [FN50] Furthermore, cigarette advertisements that associate smoking with 'health, wealth, luxury, and achievement' are widespread; [FN51] advertising efforts directed \*818 at minors may particularly weaken the industry's case. [FN52] Plaintiffs in the current litigation have alleged that they relied on these advertisements and were induced by them to continue smoking notwithstanding the warnings. [FN53]

In sum, although the cigarette cases might appear to offer the quintessential example of consumers' knowing and voluntary assumption of a product's risks, an application of the plaintiff-conduct doctrine to these cases indicates that this result is far from certain. Instead, it suggests that the factual circumstances of each case will be critical to the success or failure of a plaintiff-conduct defense in that action, with plaintiffs prevailing far more often than might intuitively be expected. The uncertainty of the outcome is increased by two additional considerations. First, the plaintiff-conduct doctrine has been applied with varying rigor in the product liability area generally, [FN54] depriving the courts of definitive doctrine to follow in the tobacco context. Furthermore, because of the substantial ramifications that would result from an award of damages to plaintiffs, courts may be hesitant to base a decision on a key issue like the plaintiff-conduct defenses on doctrine alone. Almost certainly they will be drawn to the competing justificatory theories underlying tort law to support their decisions. Part II of this Note considers how such justifications apply in the context of the cigarette litigation.

### *Ii. Justificatory theories and the cigarette cases*

Courts and commentators have advanced various fairness and utilitarian justifications in attempting to give content to the doctrinal requirements of plaintiff-conduct defenses in strict product liability actions. [FN55] The following analysis examines these justifications in the \*819rationales offer only limited guidance, utilitarian considerations offer strong support for narrowing the scope of the plaintiff-conduct defenses in these cases.

#### *A. Fairness Justifications and Cigarette Plaintiff-Conduct Defenses*

In arguing about the scope of the plaintiff-conduct defenses in cigarette cases, both plaintiffs and defendants invoke fairness justifications for tort doctrines. [FN56] The following analysis considers how three justifications might apply to the cigarette cases: the first, corrective justice, offers little direction to a reviewing court; the second, distributive justice, may be inappropriate but will inevitably aid plaintiffs; and the third, based on benefit-burden analysis, provides valuable support for plaintiffs' position.

I. Corrective Justice.--A principal fairness concern in tort law is corrective justice: the one who is responsible for the wrong should pay. [FN57] In the context of the plaintiff-conduct defenses, this principle suggests that when the plaintiff causes the loss she experiences--by her own careless actions or by her decision to bear the consequences of her choices-- she should bear the loss. [FN58] This principle of personal accountability is a key justification for the

cigarette defendants' assertion of a plaintiff-conduct defense: defendants insist that plaintiffs should be held responsible for their choices to smoke, because those choices ultimately caused any harm they suffered. [FN59] Industry attorneys have been sharply critical of individuals choosing to smoke and then 'turning around and suing the manufacturer' for their losses. [FN60]

For two reasons, this otherwise powerful corrective justice rationale may not provide substantial support for the defendants' position on the plaintiff-conduct defenses. First, commentators have noted that 'individual accountability' arguments fail to distinguish between \*820 a plaintiff's choice to smoke cigarettes and a defendant's choice to manufacture them. Under this view, there is no compelling reason for choosing to bar a plaintiff's recovery because of her individual choice to smoke when the defendant is equally responsible because of its 'individual choice' to produce cigarettes with their attendant health risks. [FN61] A second argument is that cigarette manufacturing is so morally abhorrent that industry conduct in 'making and aggressively marketing cigarettes constitutes the intentional infliction of death' and should consequently deprive manufacturers of any defense that would lessen their liability. [FN62] This second approach, however, is simply the polar opposite of defendants' characterization of the plaintiffs' behavior as 'tawdry.' [FN63]

Arguments about corrective justice in the cigarette cases thus seem reducible to competing moral claims regarding 'individual smoker accountability' on the one hand, and 'corporate responsibility of tobacco manufacturers' on the other. Both the plaintiffs' and the defendants' positions are rooted in fault-based notions that may be inapplicable to these liability-without-fault cases. Courts seeking to give content to the plaintiff-conduct defenses in the cigarette cases will find little substance in these finger-pointing claims and should focus instead on other justificatory theories.

2. Distributive Justice.--Some commentators argue that courts affixing tort liability should consider inequalities in the distribution of economic and information resources and should shift losses to ensure that accidents are not allowed to exacerbate inequalities in wealth. [FN64] Although other commentators have criticized this approach as nothing more than a 'deep-pocket' theory running contrary to what they consider to be tort law's principal concern--corrective justice [FN65]--such thinking remains a significant element of tort jurisprudence, particularly in the modern regime of liability without fault. [FN66]

\*821 Whether or not this rationale is appropriate, courts seem certain to take it into account when plaintiff-conduct defenses are litigated in the cigarette cases. Judges and juries are sure to be influenced by the image of 'average' individuals--homemakers, craftspeople, or laborers--being charged by major cigarette manufacturing corporations with possessing the knowledge to make appropriate use of tobacco products and being forced to pay the full consequences of their consumption. [FN67] Furthermore, because manufacturers may be better equipped than individuals to bear losses, they may be more fairly saddled with the enormous burdens that cigarettes impose; the weight of a catastrophic burden on one family would be more individually devastating than the impact of the loss if it were absorbed and spread by the industry.

3. Benefit-Burden.--A third fairness concern is commonly referred to as 'benefit-burden' reasoning: those who enjoy the benefits of an activity should jointly carry the burdens that the activity generates. [FN68] It is obvious that a broad community shares the benefits of cigarette manufacturing in this country. [FN69] Benefit-burden reasoning suggests that all who benefit from the existence of the cigarette industry--manufacturers, employees, shareholders, and consumers--should share cigarette losses; courts interpreting the plaintiff-conduct defense should therefore do so in a way that will avoid placing the entire burden of smoking on those unfortunate individuals who are arbitrarily afflicted with cigarette-related illnesses. The industry's ability to spread the costs of smokers' losses among all who benefit from tobacco manufacture and consumption suggests that imposing liability on the industry would lead to a more equitable sharing of the burdens than is currently the case. [FN70] Thus, benefit-burden analysis \*822 suggests that the plaintiff-conduct defense should be construed narrowly.

#### *B. Utilitarian Justifications and Cigarette Plaintiff-Conduct Defenses*

Two principal utilitarian justifications generally support the availability of plaintiff-conduct defenses in strict products liability cases. The first is that such defenses promote a more efficient allocation of society's resources; the second is that the defenses promote accident avoidance at the least possible cost. But far from suggesting an expansive interpretation of plaintiff-conduct defenses in the cigarette litigation, these justifications support a more narrow interpretation of the defense in these cases.

I. Resource Allocation.--The first of the utilitarian justifications attempts to further allocative efficiency. Its premise is that resources will be most efficiently allocated if consumers and manufacturers are allowed to contract freely among themselves for the allocation of risk, because consumers will pay the requisite price for the level of accident-loss avoidance that maximizes their collective utilities. [FN71] This bargainbased rationale supports the plaintiff-conduct defenses by pointing to the benefits of permitting each individual to decide whether to assume a product's risks in a contractual agreement with the product's manufacturer. [FN72] The rationale also suggests that legal intervention in private arrangements between cigarette sellers and buyers--if appropriate at all--should be limited to requiring warnings of cigarettes' dangers, leaving consumers free to 'purchase such items in the full knowledge of their dangers.' [FN73]

This justification for the plaintiff-conduct defenses is ill-suited to the cigarette cases. First, because of the presence of loss spreading mechanisms such as private health insurance, social welfare programs, and social insurance plans, a consumer's choice to assume the health risk of smoking often does not mean that she will in fact assume the financial costs of tobacco use. [FN74] This problem of externalization of \*823 costs, recognized in the abstract even by advocates of the contract-for-risk argument, [FN75] may be particularly significant in the case of cigarettes. Cigarette smoking imposes a massive burden on all levels of government, through the cost of government-sponsored health and welfare benefits, the loss of tax revenues due to illness and premature death, and the cost of supporting the families of smoking's victims. [FN76] It

is unclear to what extent this burden is recovered from state and federal cigarette taxes. [FN77] An additional externalized cost of cigarette consumption comes in the shift of cigarettes' costs from smokers to others in the private sector. Those smoking-related health care costs not paid for by public programs are largely absorbed into private sector loss spreading mechanisms--like pooled health insurance--and are consequently not reflected in the price of cigarettes or in other costs borne only by smokers. [FN78] Although some of these spreading mechanisms have been refined to contain these costs within the smoking community, serious externalization problems remain. [FN79]

\*824 These externalities create a problem of allocative inefficiency: [FN80] because cigarettes' prices do not reflect their true cost to society, consumers misallocate resources by spending money on cigarettes that they would spend on other goods if cigarette prices were higher. [FN81] Some have disputed this point, asserting that cigarette consumption levels are largely a given: if smokers are in fact addicted to cigarettes, increasing cigarette prices by imposing liability on manufacturers may not result in any substantial decrease in cigarette consumption, and consequently may not lead to a more efficient resource allocation. [FN82] Recent studies, however, have suggested that cigarette consumption is at least somewhat sensitive to price changes, especially among younger smokers. [FN83] Thus, a decision to narrow the scope of the plaintiff-conduct defense, to the extent that it would lead to holding cigarette manufacturers liable for losses due to smoking, would force manufacturers to raise their prices, potentially resulting in a substantial decrease in cigarette consumption. [FN84] A more efficient allocation of resources might result, [FN85] both from lower cigarette consumption and from lower attendant medical and welfare costs. [FN86]

In sum, resource allocation concerns--often advanced as a justification for plaintiff-conduct defenses to strict product liability actions--do not support giving an expansive interpretation of those \*825 defenses in cigarette litigation. Instead, an allocative efficiency rationale justifies the opposite conclusion: courts should interpret the plaintiff-conduct defenses narrowly to make findings of liability against tobacco manufacturers possible.

2. Accident-Cost Optimization.--The second utilitarian justification for plaintiff-conduct defenses focuses on accident-cost optimization. Under this rationale, a plaintiff-conduct defense is justified when it contributes to the general tort law goal of 'reduc[ing] the sum of the costs of accidents and the costs of avoiding accidents.' [FN87] Thus, when it is less expensive for the consumer than for the manufacturer to avoid the loss, this rationale argues that the plaintiff-conduct defense should be allowed because it will force the consumer to bear her own losses, and thereby provide an incentive for her to take the steps needed to avoid the accident to the extent she chooses. [FN88] Conversely, the justification suggests that when the manufacturer is the 'cheapest cost avoider,' disallowing the defense gives the manufacturer an incentive to spend an amount on product safety that will optimize accident- and accident-avoidance costs in society. [FN89] The Restatement mirrors this calculus: because it is presumed cheaper for the manufacturers of potentially or unavoidably dangerous products to learn about their hazards, manufacturers



are encouraged to warn consumers of their products' dangers. [FN90] The Restatement then shifts its focus to consumers as cheaper accident avoiders, holding them contributorily negligent if they fail to heed the provided warnings. [FN91]

But this justificatory theory does not support the defendants' advancement of plaintiff-conduct defenses in the cigarette cases, because manufacturers have not provided smokers with information on how to use cigarettes in a manner that will prevent smoking-related injuries. As discussed above, cigarette smokers have received no specific warnings but have been warned only that smoking may be, or is, hazardous to their health. [FN92] It has never been established that a safe method or level of tobacco use exists. [FN93] Even if it could be demonstrated \*826 in retrospect that lighter smokers or smokers of 'low tar' cigarettes have suffered lower illness rates than have heavier smokers, only consumers who had this knowledge at the time of tobacco use were cheaper cost avoiders; those who lacked such knowledge should not be limited in their recovery by a broadly construed plaintiff-conduct defense. [FN94]

If the only method of accident avoidance within the consumer's control is complete abstinence from cigarette smoking, the accident-cost optimization rationale cannot support invoking the defense against a consumer. If the manufacturer cannot make the product safer at a cost low enough to justify its continued production, then the optimal level of accident avoidance is achieved either by halting production or ending consumption. The cost of this accident-avoidance strategy is the same whether liability incentives are placed on consumers to stop consuming or manufacturers to stop manufacturing. Thus, if consumers cannot use the product more safely, and manufacturers cannot (cost-effectively) make the product safer, the cheapest cost avoider rationale does not help courts choose which party should bear the loss. In practice, however, there will be no way to ascertain in advance that no cost-effective technique for producing safer cigarettes is possible; the best way to resolve this uncertainty is to hold the manufacturer liable and encourage it to find ways to make its product safer. [FN95] Because this result would foster accident-cost optimization better than would leaving a consumer with the losses caused by smoking, the cheapest cost avoider rationale seems to argue, not in favor of, but against the defendants' invocation of a plaintiff-conduct defense in the cigarette litigation.

### *III. Conclusion*

Some commentators have argued that just as the debate over plaintiff-conduct defenses in the workplace subsided only with the \*827 adoption of workers' compensation plans, [FN96] the solution to the cigarette liability issue may finally come in the form of an administrative compensation scheme. [FN97] But such a viewpoint ignores two important considerations. First, recent major product liability controversies have not led to congressional action, but instead have been left to judicial resolution. [FN98] Second, as long as tobacco manufacturers continue to avoid liability in the courts, they will have little incentive to agree to an industry-funded administrative compensation scheme, [FN99] and the adoption of such a scheme without industry support seems unlikely. [FN100]

Consequently, judicial determinations of the scope of plaintiff-conduct defenses in cigarette liability cases are likely to be crucial to the final outcome of smokers' claims. The facts of these cases call into question the ability of the cigarette industry to meet the doctrinal requirements necessary to prevail when these defenses are invoked. At the very least, these shortcomings in defendants' cases should be sufficient in most instances to put the plaintiff-conduct issue before a jury, in which event plaintiffs, being more sympathetic, may be more successful than they would be before a judge. [FN101] Furthermore, justificatory theories that might normally bolster a manufacturer-defendants' doctrinal position do not support the tobacco industry's reading of these affirmative defenses. Instead, many of these theories support the counter-intuitive notion that the plaintiff-conduct defenses should be construed in a manner favorable to the plaintiffs in the cigarette cases--a critical step toward compensating some of the victims of smoking and their families.

[FN1] As of October, 1985, at least 240 such cases have been filed; although a variety of tobacco products are involved, the overwhelming majority of these cases involve cigarette smokers. See Kenney, *Heavyweights Enter Legal Ring*, *Boston Globe*, Oct. 20, 1985, at A24, col. 1; Molotsky, *Tobacco Companies Are Facing Many Days in Court*, *N.Y. Times*, Oct. 6, 1985, at E7, col. 1. Even though some issues are common to all tobacco products, this Note's principal focus is on the questions presented by the cigarette cases. Over 170 of the pending cases arose out of litigation related to asbestosis; one asbestos manufacturer has alleged that smoking exacerbates asbestos-related injuries and is seeking contribution from tobacco manufacturers in liability suits brought against the asbestos industry. See *GAF Files 170 Cross-Claims Against Tobacco Companies*, *ASBESTOS LITIGATION REPORTER* (ANDREWS), at 10,931-32 (Oct. 18, 1985).

As of December 1985, at least two cases had yielded trial court judgments for tobacco manufacturers. See *Roysdon v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, *N.Y. Times*, Dec. 14, 1985, at A10, col. 6 (E.D. Tenn. Dec. 13, 1985); *Galbraith v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, *Boston Globe*, Dec. 24, 1985, at 6, col. 1 (Cal. Super. Ct. Dec. 23, 1985).

[FN2] See e.g., *Complaint and Jury Claim*, *DiBlasi v. Brown & Williamson Tobacco Corp.*, No. 85-2291-K (D. Mass. filed June 3, 1985) [hereinafter cited as *DiBlasi Complaint*]; *Amended Complaint and Demand for Jury Trial*, *Viola v. American Brands, Inc.*, No. 85-2496-G (D. Mass. filed Aug. 1, 1985) [hereinafter cited as *Viola Complaint*].

[FN3] See *Hudson v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, 427 F.2d 541 (5th Cir. 1970); *Green v. American Tobacco Co.*, 409 F.2d 1166 (5th Cir. 1969) (en banc), cert. denied, 397 U.S. 911 (1970); *Pritchard v. Liggett & Myers Tobacco Co.*, 370 F.2d 95 (3d Cir. 1966), cert. denied, 386 U.S. 1009 (1967); *Ross v. Philip Morris & Co.*, 328 F.2d 3 (8th Cir. 1964); *Lartigue v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, 317 F.2d 19 (5th Cir.), cert. denied, 375 U.S. 865 (1963); *Cooper v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, 256 F.2d 464 (1st Cir. 1958); *Albright v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, 350 F. Supp. 341 (W.D. Pa. 1972), aff'd, 485 F.2d 678 (3d Cir. 1973), cert. denied, 416 U.S. 951 (1974). The complexity of these cases was staggering; for a discussion see Garner, *Cigarette Dependency and Civil Liability: A Modest Proposal*, 53 S. CAL. L. REV. 1423, 1423, 1425-28 (1980).

[FN4] See, e.g., Margolick, *Antismoking Climate Inspires Suits by the Dying*, N.Y. Times, Mar. 15, 1985, at B1, col. 3; Will, *Addiction is Key in Suit Against Tobacco Firms*, Courier-Journal (Louisville), Feb. 13, 1985, at A9, col. 3.

[FN5] About 54 million Americans smoke, consuming almost 615 billion cigarettes annually. See Richmond, Preface to OFFICE ON SMOKING AND HEALTH, U.S. DEP'T OF HEALTH, EDUC. AND WELFARE, SMOKING AND HEALTH: A REPORT OF THE SURGEON GENERAL, at vii (1979) [hereinafter cited as 1979 SURGEON GENERAL'S REPORT]; FED. TRADE COMM'N, REPORT TO CONGRESS PURSUANT TO THE FEDERAL CIGARETTE LABELING AND ADVERTISING ACT 39 (1985) [hereinafter cited as 1985 FTC REPORT]. The Surgeon General has concluded that cigarettes are the 'chief, single, avoidable cause of death in our society and the most important public health issue of our time.' Koop, Preface to U.S. DEP'T OF HEALTH AND HUMAN SERVS., THE HEALTH CONSEQUENCES OF SMOKING: CANCER: A REPORT OF THE SURGEON GENERAL, at xi (1982). But see M. MYERS, FEDERAL TRADE COMMISSION STAFF REPORT ON THE CIGARETTE ADVERTISING INVESTIGATION ch. 1, at 58-65 (1981) (reporting the tobacco industry's criticisms of studies that allege a link between smoking and health disorders).

[FN6] See Garner, *supra* note 3, at 1436. Other theories include intentional tort and negligence. See *id.* at 1434-36; see also sources cited *supra* note 2.

[FN7] See, e.g., Defendant R. J. Reynolds Tobacco Co.'s Answer to Second Amended Complaint at 15, *Browner v. Johns-Manville Corp.*, No. 186692 (Cal. Super. Ct. filed June 24, 1982) [hereinafter cited as Reynolds' Answer]. Even when a plaintiff-conduct defense is not the issue per se, the idea that the plaintiff is responsible for her own harm is a key element of the industry's case. See Chambers, *Reynolds Wins Suit on Smoker and His Death*, N.Y. Times, Dec. 24, 1985, at A8, col. 1.

[FN8] The popular view seems to be that the smoker is the cause of her own demise. See, e.g., Goodman, *A New Weapon in Cigarette War*, Boston Globe, Mar. 28, 1985, at 23, col. 4 ('Few of us are comfortable regarding the smoker as a hapless victim of the weed.'); Margolick, *supra* note 4, at B1, cols. 5-6 (quoting a defendant's counsel as predicting litigation victories for the industry in part because 'people think there's something a little bit tawdry about deciding to smoke and then turning around and suing the tobacco companies'). This understanding will undoubtedly affect juries considering the tobacco cases. See, e.g., Deutsch, *Seeking the Culprit In a Smoker's Death*, Nat'l L. J., Dec. 30, 1985, at 13, col. 3 (quoting from cigarette case voir dire the 'typical' view of one prospective juror that 'My father died of lung cancer. He smoked and it was his choice to do what he wanted.').

This Note will use the term 'plaintiff-conduct defense' to refer to doctrinal and justificatory issues common to several similar affirmative defenses in the cigarette product liability cases. These defenses pass under the names of 'assumption of risk,' 'contributory negligence,' 'comparative fault,' and satisfaction of a 'mere duty to warn.' See W. KEETON, PROSSER AND KEETON ON TORTS § 68, at 480 (5th ed. 1984); Keeton, *Assumption of Risk in Products*

Liability Cases, 22 LA. L. REV. 122, 166 n.101 (1961); see also RESTATEMENT (SECOND) OF TORTS § 402A comment n (1965) (concluding that contributory negligence of the plaintiff is 'not a defense,' but adding that 'the form of contributory negligence which consists in voluntarily and unreasonably proceeding to encounter a known danger, and commonly passes under the name of assumption of risk, is a defense') (emphasis added).

[FN9] See RESTATEMENT (SECOND) OF TORTS § 402A. Comment i to § 402A, adopted in the wake of cases alleging that cigarettes were unreasonably dangerous, see *supra* note 3, includes the admonition that '[g]ood tobacco is not unreasonably dangerous merely because the effects of smoking may be harmful.' RESTATEMENT (SECOND) OF TORTS § 402A comment i. However, recent scientific evidence about smoking and changes in product liability law may undercut this conclusion. See, e.g., Page, *Generic Product Risks: The Case Against Comment k and For Strict Tort Liability*, 58 N.Y.U. L. REV. 853, 862 n.42 (1983).

[FN10] RESTATEMENT (SECOND) OF TORTS § 402A comment n.

[FN11] States vary in the manner in which they have adopted the plaintiff-conduct defenses. Some jurisdictions have 'abolished' the 'assumption of risk defense' in product liability actions only to permit defendants to raise plaintiff-conduct as an issue under 'contributory negligence' or 'comparative fault.' See, e.g., *Correia v. Firestone Tire & Rubber Co.*, 388 Mass. 342, 353–57, 446 N.E.2d 1033, 1039–41 (1983); *Daly v. General Motors Corp.*, 20 Cal. 3d 725, 735, 575 P.2d 1162, 1167, 144 Cal. Rptr. 380, 385 (1978). Other courts have held that 'assumption of risk in the sense of contributory negligence is . . . not available,' but have ruled that certain actions by a consumer may bar recovery. *Pritchard v. Liggett & Myers Tobacco Co.*, 350 F.2d 479, 485 (3d Cir. 1965).

[FN12] See Keeton, *supra* note 8, at 166; Note, *Assumption of Risk and Strict Products Liability*, 95 HARV. L. REV. 872, 872–75 (1982).

[FN13] See *Borel v. Fibreboard Paper Prods. Corp.*, 493 F.2d 1076, 1096–97 (5th Cir. 1973), cert. denied, 419 U.S. 869 (1974). Because of the doctrinal requirements, commentators have characterized the plaintiff-conduct defenses as narrow and limited. See R. POSNER, *TORT LAW* 708 (1982); Vargo, *The Defenses to Strict Liability in Tort: A New Vocabulary with an Old Meaning*, 29 MERCER L. REV. 447, 450 (1978).

[FN14] The courts are sharply divided in their application of these standards. Some have required substantial showings of competence, see, e.g., *Gryc v. Dayton-Hudson Corp.*, 297 N.W.2d 727, 743 (Minn. 1980), cert. denied, 449 U.S. 921 (1980), or warnings that specifically detail the type and magnitude of the risk, see, e.g., *Hobbs v. Armco, Inc.*, 413 So.2d 118, 119–20 (Fla. Dist. Ct. App. 1982); *L. D. Brinkman & Company-Midwest v. National Sponge Cushion Co.*, 76 Ill. App. 3d 683, 692, 394 N.E.2d 1221, 1228 (1979), or have adopted restrictive notions of volition, see, e.g., *Messick v. General Motors Corp.*, 460 F.2d 485, 494 (5th Cir. 1972). Others have interpreted these same requirements more favorably to defendants, by showing a greater willingness to deem a plaintiff competent, see, e.g., *Toetschinger v. Ihnot*, 312 Minn. 59, 69–70, 250 N.W.2d 204, 210–11 (1977), by accepting a general knowledge of the risks as sufficient, see, e.g., *Mills v. United States*, 764 F.2d 373, 378–79 (5th Cir. 1985); *Hagans v. Oliver Mach. Co.*, 576 F.2d 97, 102–03 (5th Cir.

1978), or by developing more inclusive definitions of voluntary conduct, see, e.g., *Weakley v. Fischbach & Moore, Inc.*, 515 F.2d 1260, 1265 (5th Cir. 1975).

[FN15] See 1979 SURGEON GENERAL'S REPORT, *supra* note 5, app. at A-13.

[FN16] Many plaintiffs in the pending cases began smoking while minors. See, e.g., Memorandum of Defendant R. J. Reynolds Tobacco Co. in Support of Motion to Dismiss at 4, *Kirby v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, No. CIV-3-84-371 (E.D. Tenn. filed July 24, 1985) [hereinafter Kirby Defense Motion]; Viola Complaint, *supra* note 2, ¶9, at 2-3; Brief of Plaintiff-Appellees at 1, *Cipollone v. Liggett Group, Inc.*, No. 85-5073 (3d Cir. filed July 12, 1985).

[FN17] For a historical review of the treatment of minors under the contributory negligence doctrine, see *Toetschinger*, 312 Minn. at 65-70, 250 N.W.2d at 208-11.

[FN18] See, e.g., *White*, Strict Liability of Cigarette Manufacturers and Assumption of Risk, 29 LA. L. REV. 589, 604, 610 (1969); cf. *Bengford v. Carlem Corp.*, 156 N.W.2d 855, 865 (Iowa 1968) (applying a per se rule barring plaintiff-conduct defenses against minors).

[FN19] Critical to the impact that the competence issue will have upon the cigarette litigation is the resolution of the addiction and ratification issues discussed at pp. 815-16.

[FN20] See, e.g., *Abee v. Stone Mountain Memorial Ass'n*, 169 Ga. App. 167, 169-70, 312 S.E.2d 142, 144-45 (1983), *aff'd*, 252 Ga. 465 (1984) (assessing the ability of an eleven-year-old child to understand the risks of water-slide-related injuries).

An individualized analysis will not necessarily aid plaintiffs. Even a leading proponent of addiction-based liability has conceded that some reduction of plaintiffs' recovery may be appropriate, admitting that 'young smokers understood when they first began to smoke that certain risks may be involved.' *Garner*, *supra* note 3, at 1452. At the same time, Professor Garner suggests, a finding that a minor plaintiff is 'responsible for some degree' of the risks of smoking, while holding a defendant liable for the 'plaintiff's addiction and subsequent injury' may make juries more willing to find for plaintiffs by lowering the stakes of the litigation. See *id.*

[FN21] See *Califano*, Foreword to 1979 SURGEON GENERAL'S REPORT, *supra* note 5, at iv. For a further discussion of the advertising issues, see pp. 816-18.

[FN22] See *supra* pp. 811-12.

[FN23] See *W. KEETON*, *supra* note 8, § 68, at 488; *Hagans v. Oliver Mach. Co.*, 576 F.2d 97, 102-03 (5th Cir. 1978); *Zidek v. General Motors Corp.*, 66 Ill. App. 3d 982, 985, 384 N.E.2d 509, 512 (1978). But see *Micallef v. Miehle Co.*, 39 N.Y.2d 376, 384-86, 348 N.E.2d 571, 576-77 (1976) (repudiating the patent danger rule); *Palmer v. Massey-Ferguson, Inc.*, 3 Wash. App. 508, 516-18, 476 P.2d 713, 718-19 (1970) (same).

[FN24] See RESTATEMENT (SECOND) OF TORTS § 402A comment j; *Ellsworth v. Sherne Lingerie, Inc.*, 303 Md. 581, 598 n.12, 495 A.2d 348, 356 n.12 (1985).

[FN25] See U.S. DEP'T OF HEALTH, EDUC. AND WELFARE, SMOKING AND HEALTH: REPORT OF THE ADVISORY COMMITTEE TO THE

SURGEON GENERAL OF THE PUBLIC HEALTH SERVICE (1964). For a plaintiff who began smoking prior to the issuance of the Report or the first cigarette package warnings and quit immediately thereafter, the assumption of risk defense would not apply. See *Pritchard v. Liggett & Myers Tobacco Co.*, 350 F.2d 479, 485-86 (3d Cir. 1965), cert. denied, 382 U.S. 987, amended, 370 F.2d 95 (3d Cir. 1966).

[FN26] See THE GALLUP OPINION INDEX, SMOKING IN AMERICA, Rep. No. 155 (1978); M. MYERS, *supra* note 5, intro. at 17, ch. 3, at 11. These studies show that 13 % to 17 % of smokers, and 20 % to 24 % of heavy smokers, are unaware that smoking is hazardous to health.

[FN27] See Federal Cigarette Labeling and Advertising Act, Pub. L. No. 89- 92, 79 Stat. 282 (1965); Public Health Cigarette Smoking Act of 1969, Pub. L. No. 91-222, 84 Stat. 87 (1970). Although several members of Congress were interested in the effect that the warning would have on future litigation and the plaintiff-conduct defenses, the question was not resolved during the 1964 or 1969 legislative debates. For a review of the debates, see *Cipollone v. Liggett Group, Inc.*, 593 F. Supp. 1146, 1162-63 (D.N.J. 1984).

[FN28] See *In re Lorillard*, 80 F.T.C. 455, 460-65 (1972); see also Comprehensive Smoking Education Act, Pub. L. No. 98-474, § 4(a)(1)-(3), 98 Stat. 2201, 2202 (1984) (codified at 15 U.S.C.A. § 1333(a)(1)-(3) (West Supp. 1985)) (compelling warnings as a matter of law).

[FN29] See, e.g., Wegman, *Cigarettes and Health: A Legal Analysis*, 51 CORNELL L. REV. 678, 723 (1966); Reynolds' Answer, *supra* note 7, at 15.

[FN30] For an analysis of the particular health risks of smoking, see M. MYERS, *supra* note 5, intro. at 13-18.

[FN31] Apparently moved by calls for more specific warnings, see H.R. REP. NO. 805, 98th Cong., 2d Sess. 11, reprinted in 1984 U.S. CODE CONG. & AD. NEWS 3718, 3724, Congress enacted in 1984 a system of rotational warnings informing smokers of specific health risks to heart, lungs, and pregnant women. See Comprehensive Smoking Education Act, Pub. L. No. 98-474, 98 Stat. 2201 (1984).

[FN32] See, e.g., Second Amended Complaint at 20, *Browner v. Johns-Manville Corp.*, No. 186692 (Cal. Super. Ct. filed Aug. 20, 1981); Viola Complaint, *supra* note 2, ¶21(d), at 5.

[FN33] For example, when smokers were offered four choices of what percentage of lung cancer cases were caused by smoking (the correct percentage being 85 %), 62 % of teen smokers and 54 % of adult smokers underestimated the risk. See M. MYERS, *supra* note 5, ch. 3, at 20. Underestimation of the magnitude of the general and specific health risks of smoking is extensive; for a discussion see *id.*, ch. 3, at 45-48.

[FN34] Almost half of all smokers may be unaware that smoking is addictive. See M. MYERS, *supra* note 5, intro. at 18. Plaintiffs' attorneys and supportive commentators have emphasized this point. See, e.g., N.Y. Times, Nov. 12, 1985, at A19, col. 1; Garner, *supra* note 3, at 1436-37. Garner's central thesis is that industry liability may be premised on a 'failure to warn of addiction' theory.

[FN35] As early as 1604, King James is said to have been disgusted at the fact that tobacco users were 'obstinately addicted'; Sir Francis Bacon made a

similar observation. See Garner, *supra* note 3, at 1444 n.155. Modern scientific studies have yielded results consistent with these earlier intuitions; one recent report found that persons addicted to cigarettes experience an even higher relapse rate than heroin addicts. See Hunt & Matarazzo, *Three Years Later: Recent Developments in the Experimental Modification of Smoking Behavior*, 81 J. ABNORMAL PSYCHOLOGY 107, 108 (1973); see also Pollin & Ravenholt, *Tobacco Addiction and Tobacco Mortality: Implications for Death Certification*, 252 J. A.M.A. 2849, 2849–51 (1984) (discussing recent concern with tobacco addiction).

[FN36] The success of so many smokers in quitting has led even one plaintiff's attorney to question the impact of addiction in the cigarette cases. See Mancusi, *Lawsuits Attempt to Place Liability on Tobacco Firms*, Boston Globe, Nov. 25, 1985, at 12, col. 5.

[FN37] In 1980, the disorder of 'tobacco dependency' was included in the medical profession's accepted authority on addiction, the American Psychiatric Association's diagnostic manual. See AM. PSYCHIATRIC ASSOC. TASK FORCE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS, *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS* § 305.1, at 176–78 (3d ed. 1980).

[FN38] See, e.g., DiBlasi Complaint, *supra* note 2, ¶12, at 4; Viola Complaint, *supra* note 2, ¶12, at 3.

[FN39] The scarcity of case law on the question of addiction's mitigating effect on plaintiff-conduct makes predicting any result difficult. One of the few cases that confronted the issue was *Crocker v. Winthrop Laboratories*, 502 S.W.2d 850 (Tex. Civ. App. 1973), *rev'd on other grounds*, 514 S.W.2d 429 (1974). In *Crocker*, the plaintiff was held not negligent in contributing to his own death by taking the narcotic Talwin, when the jury found that his actions were a result of addiction. See *id.* at 853–54. The voluntariness of smoking has been questioned by legal commentators. See, e.g., Traynor, *The Ways and Meanings of Defective Products and Strict Liability*, 32 TENN. L. REV. 363, 371 (1965) (questioning the use of the assumption of risk defense because 'it is questionable how voluntarily many consumers are continuing to smoke').

[FN40] See RESTATEMENT (SECOND) OF TORTS § 402A comments i & j (distinguishing products dangerous to hypersensitive persons from those dangerous to 'a substantial . . . population').

[FN41] See *supra* pp. 812–13.

[FN42] Ratification is a doctrine from contract law. See RESTATEMENT (SECOND) OF CONTRACTS § 7 comments d, e, § 85; 1A A. CORBIN, CORBIN ON CONTRACTS § 227, at 335–38 (1963). Because assumption of risk is a contract-oriented theory in tort law, the ratification doctrine may apply here as well.

[FN43] See Hager, *Liability—A Burning Legal Issue*, L.A. Times, Aug. 5, 1985, at 1, col. 1 (discussing prospects for litigation victory by smokers who became addicted while young).

[FN44] See, e.g., Margolick, *supra* note 4, at B4, col. 3 (quoting one plaintiff's attorney as saying 'I don't see how you can assume a risk they claim doesn't exist').

[FN45] See, e.g., *id.* at B4, col. 3 (quoting industry pleadings: 'If there were any hazard in cigarettes manufactured by this defendant, which this defendant denies, [plaintiff] was on notice of the same and able to protect herself'); Defendant's Memorandum in Support of Motion to Dismiss at 14–15, *Roysdon v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, No. 3–84–606 (E.D. Tenn. filed July 24, 1985) (using similar language).

[FN46] See FED. R. CIV. P. 8(e)(2).

[FN47] 5 C. WRIGHT & A. MILLER, *FEDERAL PRACTICE AND PROCEDURE* § 1283, at 372–73 (1969 & Supp. 1985); see *Little v. Texaco, Inc.*, 456 F.2d 219, 220 (10th Cir. 1972); *Carter-Wallace, Inc. v. Riverton Labs, Inc.*, 47 F.R.D. 366, 369 n.18 (S.D.N.Y. 1969).

[FN48] See, e.g., *Edell, Cipollone v. Liggett Group, Inc.: The Application of Theories of Liability in Current Cigarette Litigation*, 1985 N.Y. ST. J. MED. 318, 320 (quoting a plaintiff's lawyer's assertion that assumption of risk is inapplicable because 'cigarette companies, through their advertising, negated and neutralized the health warning').

[FN49] Most of the overpromotion cases have involved the work of drug company 'detail men' and their communications with doctors and have concluded that overpromotion can undercut the effectiveness of a warning. See, e.g., *Salmon v. Parke, Davis Co.*, 520 F.2d 1359, 1362–63 (4th Cir. 1975); *Stevens v. Parke, Davis & Co.*, 9 Cal. 3d 51, 65, 507 P.2d 653, 661, 107 Cal. Rptr. 45, 53 (1973).

[FN50] For criticisms of the advertising campaigns, see M. MYERS, *supra* note 5, ch. 2, at 12–13. But see *Brown & Williamson Tobacco Corp. v. Jacobson*, N.Y. Times, Dec. 6, 1985, at A33, col. 1 (N.D. Ill. Dec. 5, 1985) (finding television commentator's remarks about cigarette industry advertising practices-based in part upon the Myers study-libelous).

The controversy received renewed attention following a call by the American Medical Association for a prohibition on all cigarette advertising. See Kenney, *Does AMA's Prescription Cut Too Deep?*, Boston Globe, Dec. 15, 1985, at A1, col. 1.

[FN51] 1985 FTC REPORT, *supra* note 5, at 7. Cigarettes are one of the most heavily advertised products in the nation, with advertising outlays increasing sharply in recent years. See *id.*, at 6–8.

[FN52] One member of the Federal Trade Commission has charged the industry with using marketing techniques to encourage youth smoking. See Separate Statement of Commissioner Michael Pertschuk on FTC Endorsement of Rotational Health Warnings Legislation, May 3, 1984, reprinted in H.R. REP. NO. 805, 98th Cong. 2d Sess. at 25–27, 1984 U.S. CODE CONG. & AD. NEWS, 3718, 3738–40. But see Advertisement of R. J. Reynolds Co., *People Weekly*, Oct. 14, 1985, at 132 (stating 'we don't think it's a good idea for young people to smoke').

[FN53] See, e.g., *Viola Complaint*, *supra* note 2, ¶¶ 26–28, at 7. The advertising-impact argument has received a mixed reaction from courts considering tobacco litigation; one court has concluded that '[e]fforts to convince the public that the risks do not exist . . . [may] give rise to a cause of action,' see *Cipollone v. Liggett Group, Inc.*, 593 F. Supp. 1146, 1148 (D.N.J. 1984), but a second



refused to allow jury consideration of cigarette advertising in a case subsequently decided for defendants, see *Chambers*, supra note 7, at A8, col. 1.

[FN54] See supra p. 811.

[FN55] For a more extensive analysis of the theoretical justifications, see Note, supra note 12, at 875–90.

[FN56] There is some overlap between fairness and utilitarian justifications. For example, externalization—discussed below as an efficiency issue—is also a matter of fairness to nonsmokers, who are forced to pay for the costs of an activity in which they choose not to participate. See *infra* note 74.

[FN57] See Shrager, *Products Liability Law—A Legal Saga of Consumer Protection*, TRIAL, Nov. 1983, at 4. But see Sugarman, *Doing Away with Tort Law*, 73 CALIF. L. REV. 558, 603–04 (1985) (questioning the coherence of corrective justice theories).

[FN58] See Keeton, supra note 8, at 164 (stating that if 'assumption of risk is to be maintained, it should be limited to those cases that fall strictly within the concept of consent to risk . . . [In such cases,] the doctrine is supported by policy factors concerned with plaintiff's co-authorship of his own harm').

[FN59] See, e.g., N.Y. Times, Nov. 12, 1985, at A19, col. 1 (quoting a defendant's position that the key issue is not addiction, but 'personal responsibility . . . for one's actions'). This characterization seems to have been accepted by the jury in *Galbraith v. R. J. Reynolds Tobacco Co.*, Boston Globe, Dec. 24, 1985, at 6, col. 1 (Cal. Super. Ct. Dec. 23, 1985) case. See *Chambers*, supra note 7, at A8, col. 1 (reporting post-trial interviews of jurors).

[FN60] See supra note 8.

[FN61] See Note, supra note 12, at 888–89; Sugarman, supra note 57, at 606–07.

[FN62] White, supra note 18, at 616; see White, *The Intentional Exploitation of Man's Known Weaknesses*, 9 HOUS. L. REV. 889 (1972) (condemning cigarette manufacturing as immoral); cf. *Grimshaw v. Ford Motor Co.*, 119 Cal. App. 3d 757, 819, 174 Cal. Rptr. 348, 388 (Cal. Ct. App. 1981) (criticizing a defendant's choice to 'disregard public safety in order to maximize corporate profits' and focusing on the vast number of persons endangered by defendant's conduct).

[FN63] See supra note 8.

[FN64] See Keeton, *Products Liability*, 50 F.R.D. 338, 340 (1970). For examples of this approach, see *Caterpillar Tractor Co. v. Beck*, 593 P.2d 871, 891 (Alaska 1979); *Santor v. A & M Karagheusian, Inc.*, 44 N.J. 52, 65, 207 A.2d 305, 312 (1965).

[FN65] See, e.g., Fletcher, *Fairness and Utility in Tort Theory*, 85 HARV. L. REV. 537, 547 n.40 (1972).

[FN66] See *Lubin v. City of Iowa City*, 257 Iowa 383, 392, 131 N.W.2d 765, 771 (Sup. Ct. 1965) (stating that a decision of 'which party can best stand the loss' plays an important role in determining tort liability); Peterson & Chin, *Juries Don't Ignore Assets and Identity of Defendant*, Nat'l L. J., Nov. 11, 1985, at 16, col. 1 (reporting jury study that found substantial 'deep pocket effect': severely injured plaintiffs who sued businesses received awards 400 % greater than plaintiffs in similar situations who sued individuals).

[FN67] See *Pritchard v. Liggett & Myers Tobacco Co.*, 350 F.2d 479, 486 (3d Cir. 1965) (comparing the abilities of the plaintiff (a cabinet-maker) and the defendant to assess the risks of cigarette use).

[FN68] For cases exploring this approach, see *Greenman v. Yuba Power Prods., Inc.*, 59 Cal. 2d 57, 63, 377 P.2d 897, 901, 27 Cal. Rptr. 697, 701 (1963); *Lubin v. City of Iowa City*, 257 Iowa 383, 391–93, 131 N.W.2d 765, 770–72 (1965); *Bierman v. City of New York*, 60 Misc. 2d 497, 498–99, 302 N.Y.S.2d 696, 698 (Civ. Ct. 1969).

[FN69] The benefit may be most directly measured by the profits derived by tobacco manufacturers and the enjoyment derived by tobacco consumers. But the benefits of cigarette manufacturing and consumption also include the economic activity generated by the industry; indeed, this economic rationale has been offered as one of the principal reasons why smoking is allowed notwithstanding the extensive evidence of its dangers. See *Cipollone v. Liggett Group, Inc.*, 593 F. Supp. 1146, 1147 (D.N.J. 1984).

[FN70] Cf. *Escola v. Coca-Cola Bottling Co.*, 150 P.2d 436, 441 (Cal. 1944) (concurring opinion of Traynor, J.) (arguing that such a sharing of losses is the most equitable method of handling the injuries that products inevitably cause).

[FN71] See R. POSNER, *ECONOMIC ANALYSIS OF LAW* 128 (2d ed. 1977).

[FN72] Some have questioned whether bargaining for risk is possible in a modern commercial society, see, e.g., *Henningsen v. Bloomfield Motors, Inc.*, 32 N.J. 358, 388–93, 161 A.2d 69, 86–88 (1960), or whether consumers can rationally make utility-maximizing choices about risk trading, see Kahneman & Tversky, *Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk*, 47 *ECONOMETRICA* 263, 264 (1979).

[FN73] Buchanan, *In Defense of Caveat Emptor*, 38 U. CHI. L. REV. 64, 71–72 (1970).

[FN74] One recent study found conflicting evidence on the question of how much of smoking's costs are borne by nonsmokers, reporting, on the one hand, estimates that up to 62 % of these costs fall upon nonsmokers, but noting, on the other hand, that 'it is not entirely clear that non-smokers subsidize smokers' ill health.' See OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *SMOKING-RELATED DEATHS AND FINANCIAL COSTS* 56 (1985); cf. Sugarman, *supra* note 57, at 603–04 (arguing that insurance provides compensation to most accident victims and that tort law is becoming merely 'a process for having one insurer pay another').

[FN75] Professor Buchanan recognizes that externalities may require limitation of the free market approach. See Buchanan, *supra* note 73, at 70–71. He does not believe, however, that cigarettes fall into the category of products that should be so exempted, and he concludes that there is 'no economic basis for making cigarette producers liable for damages due to lung cancer.' *Id.* at 72.

[FN76] Although no comprehensive estimate has been made, one study found that smoking adds to the federal budget \$2.1 to \$7.1 billion per year in increased health care outlays for Medicare, Medicaid, and similar programs; smoking imposes a further burden on the federal treasury due to tax revenues

lost when smokers' illnesses reduce their economic productivity (a loss estimated at \$27 to \$61 billion annually) and due to government outlays provided as income support for the families of smoking's victims. See OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *supra* note 74, at 51–52, 55. State and local governments also experience health and welfare outlays and revenue losses due to smoking.

The public sector externalization argument has its critics, however, see *Boston Globe*, Sep. 19, 1985, at 3, col. 3 (quoting the Tobacco Institute's criticism of the OTA Study as 'lifted from fuzzy studies openly sponsored by front-rank professional adversaries of tobacco'), and the health care argument can cut both ways, see T. SCHELLING, *CHOICE AND CONSEQUENCE* 73 (1984) ('There's nothing quite like a heart attack for wiping people off the Blue Cross and Medicare rolls just before they begin to enter the expensive age.').

[FN77] In 1984, cigarette excise taxes raised \$4.75 billion in federal revenues and \$4.23 billion in state funds. See Toder, *Issues in the Taxation of Cigarettes*, reprinted in HARVARD UNIV. INST. FOR THE STUDY OF SMOKING BEHAVIOR AND POLICY, *THE CIGARETTE EXCISE TAX* 66–68 (1985) [hereinafter cited as HARVARD SMOKING REPORT].

[FN78] The smoking-related health care costs absorbed in the private sector have been most recently estimated at \$9 to \$28 billion. See OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *supra* note 74, at 49–53.

[FN79] Adjusted health insurance rates for smokers are currently being implemented, see, e.g., Freudenheim, *Smoking Toll Spurring Curbs*, *N.Y. Times*, Oct. 1, 1985, at D2, col. 1, and may mitigate the externalization problem. But adjusted rates will never be a complete solution: first, they fail to solve the public sector externalization discussed at pp. 822–23; and second, for the large segment of the population that receives a portion of its health care coverage as an employment benefit, a substantial share of the premium add-on will be externalized by being passed on to the employer's enterprise and its consumers.

[FN80] Some commentators have questioned whether allocative efficiency problems can justify tort liability findings. See, e.g., Sugarman, *supra* note 57, at 614–16 (calling resource allocation concerns 'simply too thin a reed to support tort law's continuation').

[FN81] The losses in health care and worker productivity have been estimated to amount to \$2.17 per pack of cigarettes. See OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *supra* note 74, at 55. Commentators have predicted a three-fold increase in the price of cigarettes if the pending liability suits are successful. See, e.g., Charney, *Suing Against Smoking*, *Med. Tribune*, July 3, 1985, at 21.

[FN82] See, e.g., *Why Cut the Price of Smoking?*, *N.Y. Times*, Sept. 14, 1985, at 22, col. 2 ('Hard-core smokers won't be deterred by a tax of 16 cents, or even 32 cents.').

[FN83] See Warner, *Consumption Impacts of a Change in the Federal Cigarette Excise Tax*, reprinted in HARVARD SMOKING REPORT, *supra* note 77, at 88, 91, 94–97; 1985 FTC REPORT, *supra* note 5, at 20 (suggesting that recent tax increases resulted in a 4.5 % drop in cigarette consumption).

[FN84] One commentator has calculated that a mere 16 cents increase in the price of cigarettes would cause 3.5 million persons not to smoke; in the all-important younger generation, the smoking population would drop by 820,000, or 17 %. See Warner, *supra* note 83, at 96–97. He estimates that consumption would drop 36 billion cigarettes annually. See *id.*

[FN85] One problem with reallocating resources through the tort system is the substantial cost of litigation in complex product liability cases like the cigarette actions. Concern over these litigation costs has led some commentators to advocate alternatives to tort liability, such as a 'safety tax' on smoking. See Garner, *Cigarettes and Welfare Reform*, 26 EMORY L.J. 269, 332–33 (1977).

[FN86] The 16 cents increase discussed in note 84 could result in 860,000 fewer premature deaths for those currently age 12 and older. See Warner, *supra* note 83, at 96, 98. The health and welfare savings that would result are difficult to estimate and might be offset by increases in health care costs accompanying the extended longevity that might result from a reduction in smoking. See OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *supra* note 74, at 56–62.

[FN87] G. CALABRESI, *THE COSTS OF ACCIDENTS* 26 (1970).

[FN88] See R. POSNER, *supra* note 13, at 715; Calabresi & Hirschhoff, *Toward a Test for Strict Liability in Torts*, 81 YALE L.J. 1055, 1060–67 (1972). But cf. Keeton, *supra* note 64, at 340 (questioning whether different liability rules produce different accident or avoidance outcomes).

[FN89] See *Michalko v. Cooke Color & Chem. Corp.*, 91 N.J. 386, 398, 401 n.4., 451 A.2d 179, 185, 186 n.4 (1982); *Beshada v. Johns-Manville Prods. Corp.*, 90 N.J. 191, 207, 447 A.2d 539, 548 (1982).

[FN90] See RESTATEMENT (SECOND) OF TORTS § 402A comments j, n.

[FN91] See *id.* at comment n.

[FN92] See *supra* pp. 814–15.

[FN93] Recent research has discredited suggestions that consumers can safely smoke certain types of cigarettes (for example, low 'tar' or nicotine cigarettes) or a certain number of cigarettes each day. See M. MYERS, *supra* note 5, ch. 1, at 50–57. But see Owen, *The Cigarette Companies: How They Get Away With Murder*, Part II, THE WASH. MONTHLY, Mar. 1985, 42, 49 (quoting an industry executive suggesting that any health problems related to cigarettes are due to individuals' excessive consumption).

[FN94] The conclusion that producers should be held liable because consumers are not the cheapest cost avoiders would be undermined by a finding that a plaintiff's smoking was so excessive as to constitute usage beyond that intended for the product. See W. KEETON, *supra* note 8, § 102, at 710–12. But courts have rejected the 'beyond the intended use' analysis for cigarettes, holding that consumption 'even to the extent of from one to three packages per day, was so clearly a matter to be expected among many smokers [as to place it] within the use or purposes for which the cigarettes were sold.' *Green v. American Tobacco Co.*, 325 F.2d 673, 679 (5th Cir. 1963).

[FN95] See *Beshada v. Johns-Manville Prods. Corp.*, 90 N.J. 191, 207, 447 A.2d 539, 548 (1982); *Bexiga v. Havir Mfg. Corp.*, 60 N.J. 402, 410–11, 290 A.2d 281, 285 (1972); Page, *supra* note 9, at 880–81.

[FN96] See F. HARPER & F. JAMES, *THE LAW OF TORTS* xlii–xliii (1956).

[FN97] See Garner, *supra* note 3, at 1463–64.

[FN98] Multi-billion dollar cases involving asbestors, DES, and the Dalkon Shield have failed to result in Congressional approval of products liability reform legislation. See Tarr, *Is Reform Due?*, Nat'l L.J., Dec. 30, 1985, S-3, cols. 2–3. But cf. Margolick, *supra* note 4, at B4, col. 3 (quoting the director of an anti-smoking group as saying that tobacco litigation 'will soon make other toxic tort cases . . . look like preliminary bouts before the heavyweight match').

[FN99] Cf. Garner, *supra* note 3, at 1463–64 (concluding that damage awards would force the tobacco industry to seek a compensation plan in exchange for tort immunity).

[FN100] A Congressionally imposed compensation plan in the absence of tort liability would be a major setback to the industry--a setback that seems unlikely given the industry's political influence. See N.Y. Times, Jan. 7, 1979, at 38, col. 3 (noting the historical political influence of the tobacco industry).

[FN101] But see Chambers, *supra* note 7, at A8, col. 1 (reporting jury verdict for cigarette manufacturing defendant).

## Vedlegg 2

### **Informed consent: what smokers know and what they need to know**

*David T. Swenor, Ottawa, Canada 1998*

#### **1) Issues of Informed Consent Have Been a Barrier to Tobacco Control**

The public believes that 'everyone knows that smoking is bad'. We can back up this assertion with the polling results that show the high percentage of smokers, and the general public, who state that they believe smoking is harmful, causes disease, is 'really bad for people' etc.

#### **2) But True Informed Consent Means More than a General Belief in Potential Harm**

We need to expand upon the concept of 'informed consent'. This could be aided by legal or philosophical writings. Being a lawyer, and looking at the litigation and legislation possibilities, I would want to concentrate on the sources that would be most valuable in influencing courts and politicians. Canadian courts have, for instance, clearly enunciated the principle of informed consent. As stated by the Ontario Court of Appeal in the 1986 case of *Buchan v. Ortho Pharmaceutical* (54 O.R.(2d) p.92):

A manufacturer of a product has a duty to warn consumers of the dangers inherent in the use of its product, of which it knows or has reason to know. The warning must be adequate. It should be communicated clearly and understandably in a manner calculated to inform the user of the nature of the risk and the extent of the danger; it should be in terms commensurate with the gravity of the potential hazard, and it should not be neutralized or negated by collateral efforts on the part of the manufacturer.

This line of reasoning should be expanded with relevant quotes from whichever jurisdiction we would be using to gather polling information. For example, in the U.S. it would be important to consider FTC law and product liability law.

We can then outline the two key concepts (as I see them) on informed consent with respect to tobacco products:

- \* The first is that due to a combination of age of onset and dependence, many smokers are never able to make – and act on – fully informed decisions. This argument can be expanded upon by use of existing polling data (e.g. U. of Michigan and CDC) on age of smoking onset and the extensive literature on tobacco dependence (perhaps buttressed by information showing that those with nicotine dependence have little choice but to use tobacco products as the way of obtaining nicotine).

- \* The second key point would be to show, within the constraints already explored, what smokers would need to know to make informed decisions. This should include the following:

1. *Consumers would need to know the diseases, and other deleterious outcomes, which are caused.* Knowing only some of the diseases would not be sufficient if they succumb to a different one, and were there a reasonable basis to believe that, had they known, their behaviour would have been different. Here

we can use past data from FTC and assorted surveys to show the lack of awareness of the various diseases smoking causes. To make the case for a current lack of informed consent, though, we will need up-to-date polling information that asked smokers, in an open-ended manner; to list the diseases caused by smoking. This data can then be used to show what proportion of smokers do not even recall specific disease categories.

2. They would have to know the likelihood of contracting such a disease.

Knowing that particular problems can result from a product is of little consequence if consumers do not know the likelihood of this occurring to them personally. I do not know what historic information is available. In addition to such information we could use new polling information to show the degree of awareness of the likelihood of contracting each of the diseases they could recall.

3. *They would have to know the prognosis should they contract one of these diseases.* Knowing, for instance, that smoking causes lung cancer and knowing the increased likelihood of contracting lung cancer is not sufficient if the consumer believes that such a disease is easily treated and cured. This can be answered through polling questions such as «in your opinion, what percentage of lung cancer cases will result in death?» Similar questions could be asked of some of the other diseases caused by tobacco use.

4. *They would have to know the benefits of behavioral change.* Knowing the magnitude of the risks is not sufficient if there is an underestimation of the benefits of quitting or an overestimation of the benefits of using a particular type of tobacco product. An obvious question to ask would center around how soon after smoking cessation does one's risk of a heart attack begin to be reduced.

5. *They would need to know how to change their behaviour.* Knowing the magnitude of harm from smoking and recognizing the benefits of quitting smoking is not sufficient if smokers are not aware of how to successfully quit. They need information on how to quit or otherwise reduce their risks. Comparing attitudes and use of NRT to the science on its efficacy could illustrate this point. Further, we should explore the 'false options' – such as beliefs about «light» cigarettes as an alternative to smoking cessation. This would also be an ideal place to examine beliefs about smoking cessation itself – do smokers see it as a 'process' or do they see it as a 'one-off' sort of thing. This would also be a good place to present data on the percentage of smokers who believe smoking while using NRT is a dangerous activity.

6. *They need access to the products or services that can help them change their behaviour.* Informed consent means little if people are not able to act on the information available to them. Knowing the magnitude of harm from smoking, the benefits of cessation and the efficacy of smoking cessation products does not suffice if these products are not readily accessible or if there is inaccurate information about the effects of these products. Polling questions for smokers could include knowledge of where and how to get smoking cessation treatments. Questions could also look at consumers' perceived barriers to these products (e.g. does the limited availability, lack of consumer choice of flavors, large package sizes, etc. reduce consumer acceptability).

**3) Whether Informed Consent Exists is a Testable Hypothesis**

The research conducted should allow us to easily determine whether smokers have actually been given sufficient information to make fully informed decisions. This can be done quickly and relatively easily through public polling research.

**4) Past Evidence**

This issue was examined by the U.S. Federal Trade Commission 20 years ago and reported on in the Staff Report on the Cigarette Advertising Investigation. They used survey data from 1978 to 1980, most of it actually from the tobacco companies. Americans did not know the magnitude of the risks.

- \* 40 % of smokers were unaware that light smoking was dangerous.

- \* 49 % of smokers were unaware that smoking caused most cases of lung cancer.

- \* 37 %–47 % of smokers were unaware that smoking caused heart disease

- \* 63 %–85 % of smokers were unaware that smoking caused most cases of bronchitis and emphysema.

- \* 49 % of smokers were unaware that smoking was addictive.

It is important to note that, due to the lag time between smoking uptake and the resulting diseases, many of those who were the subject of the surveys by the FTC are among those now dying from tobacco related diseases.

**5) More Recent Evidence**

The research firm Marttila & Kiley looked at issues surrounding smoking in 1993. The findings included the fact that only 21 % of Americans could identify smoking as the leading cause of death. 28 % picked car accidents, 16 % illicit drugs, 12 % AIDS, 12 % Alcohol abuse and 7 % murders.

These results can be compared to the reality: Smoking at that time killed nine times as many as car accidents, 76 times as many as illegal drugs, 14 times as many as AIDS, four times as many as alcohol and 20 times as many as homicide.

In Ontario, Canada a polling firm was retained in late 1990 to look at issues of consumer knowledge about smoking's risks. This research found that unaided recall of «health hazards related to smoking», by smokers, was very poor. Lung cancer was recalled by only 43 % of smokers, emphysema by only 19 %, heart disease by 23 %, oral cancer by 3 % and stroke by only 3 %. This gives a clear indication that there was no appreciation of the diseases caused.

A further question asked in the Ontario poll was: «To the best of your knowledge, what percentage of lung cancer cases result in death?» The answer to this question is important in determining whether the public understands the prognosis should they contract what is the best known of the diseases caused by smoking. Among smokers only 13 % correctly responded that the risk was greater than 80 %. Only 43 % guessed that the risk of death was greater than 50 %.

To test whether there was awareness of the benefits of quitting smoking the poll also asked: «To the best of your knowledge, when does the risk of heart disease begin to decline once a person has permanently quit smoking?» Among smokers only 15 % could identify that the reduction in risk would occur within six months.



While the Ontario research did not probe all areas necessary to determine the degree of informed consent, the results clearly show that smokers were ill prepared to make fully informed decisions. Smokers simply did not have sufficient knowledge to make informed personal health decisions.

#### **6) Very Recent Information**

In the United States a Gallup poll was conducted in the summer of 1998. It examined issues related to smoking cessation and was released in October. It found that 68 % of smokers are interested in quitting, and that 56 % believe they will be ex-smokers within one year. This clearly indicates that many smokers are not continuing to smoke due to individual choice, and is consistent with a vast literature on tobacco dependency. It also shows that there is a vast overestimate of the likelihood of quitting smoking within a year (on an unaided basis the research shows a success rate per cessation attempt of about 3 %).

Importantly, this Gallup research also reported that 38 % of Americans believe the nicotine in nicotine replacement therapy products (patches, gum, inhaler, etc.) causes lung cancer. As nicotine itself is not carcinogenic this inaccurate association of risk with a product that can save their lives is further evidence of a lack of informed decision making.

#### **7) Other Issues**

The research undertaken should, ideally, explore issues of personal relevance of health information. Many smokers may 'know' health information but believe it does not pertain to them. This issue could conceivably be explored by, when asking general information questions, following up on the smoker's perception of their own risk. For instance, after a question on the prognosis for lung cancer, the survey could ask, «and, in your case, given your understanding of your specific personal attributes and circumstances, what do you believe your personal risk of death would be?»

Additionally, there are issues about the collateral efforts of tobacco companies to discount health information and to market deceptive 'alternatives' to cessation. This involves issues such as «light» cigarettes, but could also include an historical overview of tobacco industry efforts to undermine health information. The court documents present a treasure of such information.

My belief is that the results of such research would be conclusive evidence of misinformation and deceptive practices under trade practices (and possibly other consumer protection) laws. Even in areas where preemption would come into play this information could be a key strategy in ending the protection enjoyed by the tobacco industry. In order to ensure that the research done has maximum social utility I propose running the research concept past experts in relevant areas of consumer law (e.g. Judy Wilkenfeld in the U.S.). I would also work through the questions themselves with recognized experts in survey design (such as fellow Canadian Dr. Tom Stephens).

#### **8) How can this Information be Effectively Communicated to Juries and to Regulatory Authorities?**

We can communicate a message about the lack of informed consent through a regulatory-based public education effort. This can be done through the use of existing legislative/regulatory measures such as consumer protection laws, trade practices laws, consumer packaging and labeling laws, etc. In most, if not all, developed countries there is a strong framework of law to protect the

public against misleading business practices. Further, tobacco products are seldom specifically excluded from all aspects of such laws. In the U.S., for instance, the FTC has authority over misleading business practices, and the preemptive language tobacco companies have received from Congress on health warnings does not apply to such issues as the FTC banning «light» cigarettes as misleading labeling.

In some cases the deceptive practices which could be targeted are actual statements by the tobacco companies. For instance, «light» cigarettes are now over 55 % of the U.S. cigarette market, and a large and growing segment of the European market. Given a scientific consensus that such products do not significantly reduce health risks it is possible to determine whether the reality about such products is markedly different from consumer perception. This allows measurement 'consumer fraud'. Do consumers think that «light» or «low tar» cigarettes reduce harm? If so, in which ways and to what extent?

Other complaints, which could be filed, could target failure to give relevant information. This could include failure to inform the public about the role of nicotine; the use and efficacy of nicotine based pharmaceuticals for smoking cessation, and about specific health issues associated with tobacco use.

By taking action under consumer protection laws we could force changes in tobacco marketing that will have an independent positive impact on consumer knowledge of risks. At the same time, the actual changes in the marketplace – such as the removal of deceptive packaging – will drive home the public message that smokers were not given full information. That, in turn, will influence cessation activities – and juries.»

### Vedlegg 3

## Beregningsmodeller for erstatning av helsekostnader:

Erfaringer fra rettsoppgjørene mot tobakkindustrien i USA

*Av Knut Ringen, DrPH, MHA, MPH*

### 1 Innledning <sup>1074</sup>

---

Rettsoppgjørene mot tobakksindustrien i USA har pågått i over 30 år, helt siden helsedirektøren i 1964 utgav den første rapporten om helsefarene forårsaket av tobakksbruk. <sup>1075</sup> Mellom 1966 og 1994 ble det ført mange saker på vegne av individuelle røykere som hadde fått sykdommer, men i disse søksmålene ble tobakksindustrier stort sett frifunnet. Den var en for stor motstander til å bekjempes av individuelle røykere. <sup>1076</sup>

I 1994 kom justisministeren i delstaten Mississippi på en ny måte for å holde industrien ansvarlig. Han besluttet å anlegge en sak mot industrien for å få erstatning for de utgifter industrien hadde påført delstaten i form av helsekostnader for delstatsansatte (som delstaten betalte som arbeidsgiver) og Medicaid fondet (den offentlige sykeforsikringen for lavinntektsgrupper som delstatene finansierer med skatteinntekter og tilskudd fra den føderale staten).

Dette var plutselig et helt nytt spill. Her var det en motstander (det vil si staten) som kunne stå opp mot tobakksindustrien som likeverdig og vel så det. Men Mississippi, som er en liten stat og den fattigste av de 50 delstatene, var ingen ideell kandidat, noe dens justisminister rådte bot på ved å få støtte fra justisministrene i en rekke andre delstater, som også anla lignende saker mot industrien.

I 1998 ble fire av disse sakene avsluttet gjennom forlik (Mississippi, Florida, Texas og Minnesota). Deretter, i november 1998, like før den femte saken i delstaten Washington skulle avsluttes, ble et forlik med tobakksindustrien inngått på vegne av alle de gjenværende 46 delstatene. <sup>1077</sup> Dette forliket kom på 206 milliarder dollar som skal betales over 25 år. <sup>1078</sup>

---

1074. Formålet med dette notatet er å gi en innføring med tanke på lesere som ikke er eksperter. Derfor er noen formuleringer forenklet, men jeg har inkludert litteraturkilder for spesialister i epidemiologi eller økonomi som synes dette blir for lett.

1075. Helsedirektøren = The Surgeon General, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services (tidl. Health, Education and Welfare). *Smoking and Health: A report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service.* Washington, D.C.: PHS Publication No. 1103, 1964.

1076. Om kampen mot tobakksindustrien generelt, se den ypperlige og meget detaljerte fremstillingen i Kluger R. *Ashes to Ashes: America's Hundred-Year Cigarette War, The Public Health, and the Unabashed Triumph of Philip Morris.* New York: Vintage Books, 1997.

1077. En god beskriving av dette rettsoppgjøret finnes i Mollenkamp C, A Levy, J Menn, J Rothfinder. *The People Vs. Big Tobacco.* Princeton, NJ: Bloomberg Press, 1998.

1078. Delstatene betaler ca. 15 % av totalhelsekostnadene i USA. Men om man tar i betraktning den føderale stats støtte på 50 % av Medicaid-utgiftene, er kostnadene til delstatene ca. 10 % av totalkostnadene. Det er nå uenighet om forliket dekker alle 15 % eller bare de netto 10 % av totalutgiftene.

Et neste kapittel i rettsoppgjøret gjelder 35 gruppesøksmål som er anlagt på vegne av fagforbundenes sykekasser. Disse sakene er i omfang omtrent på samme størrelse som delstatenes søksmål. Deretter kommer en hel rekke nye saker anlagt på vegne av private helsesystemer. Nylig innledet den føderale staten en nasjonal sak mot industrien.

## 2 Påstander

---

Etter rettssaken i Texas er det blitt et mønster på hvordan disse sakene føres. De blir delt i tre deler:

- Først må det bevises *hva* industrien har gjort for å måtte stå til ansvar.
- Deretter må det bevises *hvorfor* industrien skal holdes ansvarlig.
- Til slutt må det bevises *hvordan* industrien skal holdes ansvarlig.

### 2.1 Hva industrien har gjort

Tiltalen bygger på tre påstander:

Den første er at industrien har solgt et "defective product", d.v.s. at den med vitende og vilje har solgt en vare som er skadelig for helsen. Det legges her blant annet til grunn at industrien har hatt kjennskap til at varen inneholder mange kreftfremkallende stoffer, og i tillegg har industrien tilsatt farlige stoffer, deriblant nikotin og amoniakk, for å sikre «bedre» virkning.

Den andre påstanden er at industrien har overført kostnader til helsetjenestene ved å benekte de helsefarlige konsekvenser av å røyke for å unngå å betale for behandlingen av sykdommene. En beregning antyder at dette beløpet tilsvarer ca. 1–1,50 dollar per pakke sigaretter som blir omsatt.

Den tredje påstanden er at industrien har forpurret det tobakksforebyggende arbeidet, blant annet ved å holde tilbake tobakksvarer med mindre risiko, kjempe imot forskrifter og avgifter, motarbeide høyere finansiering av forskning og utredning som har som mål å forebygge, osv.

### 2.2 Hvorfor industrien skal holdes ansvarlig

Det påstås at industrien skapte et ulovlig kartell med tanke på å samordne tiltak mot alle handlinger som kunne påvirke industrien negativt. Den etablerte tre samordningsorganer. I 1954 ble The Tobacco Industry Research Committee opprettet. Denne skulle samordne all forskning og utredning, ved å legge vekt på forskning som var til hjelp for industrien, og motarbeide annen forskning. Det var meningen at komitéen og den forskningen den samordnet, skulle gi et bilde av en industri som var saklig og intellektuelt suveren. I tillegg til dette opprettet industrien i 1958 The Tobacco Institute. Dette instituttet hadde som formål å samordne all PR- virksomhet og politisk virksomhet som skulle gi industriens svar på alle anklager angående tobakkens helseskadelige konsekvenser. I 1970-årene opprettet industrien The Council for Indoor Air Research for å motarbeide tiltak som skulle forebygge passiv og miljøeksponering for tobakksrøyk.

Det påstås også at industrien holdt tilbake vitenskapelig informasjon. Industrien ansatte advokatfirmaer for å gi dekke for sine handlinger med begrunnelse i at alt dette var en del av den fortrolige forbindelse som en klient

har med sine advokater. En rekke av USAs fremste advokatfirmaer har representert industrien.

Til sist, og svært alvorlig, påstås det at industrien ga falske vitnemål i rettssaker og i parlamentariske høringer, både i delstatene og i Kongressen. Blant annet har industrien benektet at den hadde kunnskaper om eller kjennskap til tobakkens helseskader, og at røyking kan forårsake nikotinavhengighet.<sup>1079</sup>

### 2.3 Hvordan industrien skal holdes ansvarlig

I delstatenes rettssaker og i de som er kommet deretter kreves det at industrien skal «straffes» på seks hovedområder:

Først skal kartellet nedlegges. The Tobacco Institute, The Tobacco Industry Research Committee og The Council for Indoor Air Research skal opphøre, og industrien skal avstå fra å gjenopprette noen tilsvarende virksomhet.

Deretter skal industrien begrense sin markedsføring av tobakksvarer i USA, bl.a. ved mindre reklame.

For det tredje skal tobakksindustrien finansiere mer opplysningsarbeid om tobakkens helseskader.

Den skal også finanisere mer røykeskadeforskning og utredningsarbeid.

For det femte skal tobakksindustrien offentliggjøre det meste av sine fortrolige dokumenter som har med hva industrien har hatt kjennskap til angående tobakkens helsefarer.

Til slutt, og av størst betydning — i hvert fall som nyhet — skal industrien betale erstatning for de helsekostnader som tobakken har påført saksøkerne, og i tillegg til dette skal de betale forskjellige slags «punitive» (straffe-) erstatninger samt advokatkostnader. I de forlik som er inngått hittil, er det endelige erstatningsbeløpet 2–4 ganger større enn det beregningen av helsekostnader alene ville indikere.

## 3 Industriens forsvarsargumenter

Tobakksindustrien har forsvart seg i disse rettssakene med følgende hovedargumenter.

- *Tobakk er en del av vår kulturhistorie.* Tobakk ble brukt av indianerne i flere hundre år før europeerne kom til Nord-Amerika, og bruken i dag er en naturlig utvikling fra denne opprinnelige bruken. Tobakksindustrien skapte ikke tobakken; tobakken og bruken av den eksisterte før industrien oppstod. Med andre ord, industrien oppstod som et tilbud som utviklet seg som svar på et eksisterende behov eller etterspørsel.<sup>1080</sup>

1079. Den 14. april 1994 sto lederne for tobakksindustriens syv konserner i Kongressen og sverget at de ikke trodde at tobakk forårsaker avhengighet. Mange mener det var begynnelsen på slutten for tobakksindustrien som en politisk makt i USA. I 1998 endret de sitt vitnemål. Da sa formannen i Philip Morris: «Tobakk er et produkt med risiko og bruken burde begrenses til voksne.»

1080. Det er riktig at tobakken kommer fra USA, og at det var indianerne som gjorde europeerne kjent med den for ca. fem hundre år siden. Det er likevel et langt hopp fra indianerens seremonielle bruk av tobakk til industriens masseproduksjon og markedsføring av tobakksvarer.

- *Alle vet at tobakksbruk er helsefarlig.* Forbrukerne er ansvarlige, og de har akseptert den risikoen som røyking innebærer.<sup>1081</sup>
- *Tobakk er en lovlig vare.* Ikke bare er den lovlig, men staten regulerer bruken av varen gjennom begrensninger i adgangen til å reklamere, advarselsforskrifter som produsentene må følge, og mange særskilte avgifter.<sup>1082</sup>
- *Årsaken er ikke fastslått vitenskapelig.* Statistiske undersøkelser kan ikke brukes som bevis på at sykdommer som forekommer hos et individ, er forårsaket av en særskilt eksponering.
- *Folk røyker for å nyte, ikke for å bli avhengige.* Røyking virker avspennende i en stressende tilværelse, og er til nytte for dem som velger å røyke.<sup>1083</sup>
- *At det nå er færre som røyker enn før, viser at folk forstår risikoene.* Andelen av den voksne befolkningen som røyker, er gått ned med 50 % i de siste 20 årene, og industrien hevder at dette har skjedd fordi færre mennesker aksepterer risikoen.<sup>1084</sup>
- *Advarslene på tobakkspakkene er tilstrekkelig opplysning.* Industrien påstår at folk er informerte om den risikoen de tar når de velger å røyke.<sup>1085</sup>
- *Industrien har støttet begrensning av reklamen.* Industrien viser til at den gikk med på å forby tobakksreklame på TV i 1971 som bevis for at den er en ansvarlig produsent/selger.<sup>1086</sup>

#### 4 Beregninger av kostnader

---

Det er viktig å skille mellom beregningsmodeller som brukes til rettslige formål og modeller som brukes til sosialpolitiske formål.<sup>1087</sup> I rettssakene om erstatning for helsekostnader skal modellen svare på et snevert og meget konkret spørsmål: Hvor stor andel av helsekostnadene *som er påført, kan tilskrives tobakksbruk?*

1081. Det vil si at alle var kjent med risikoen bortsett fra industrien, som inntil 1998 konsekvent benektet at den hadde slike kunnskaper.

1082. Det er blitt påstått at grunnen til at tobakken fortsatt er en lovlig vare, er at industrien har tilbakeholdt sine kunnskaper om helseskadene og varens avhengighetsskapende karakter. Med andre ord har politikere handlet ut fra manglende informasjon eller feilinformasjon.

1083. Det er viktig å skille mellom nyterøyking og storøyking. Det er mange mennesker som røyker et par sigaretter om dagen. Denne bruken er ikke uten helserisiko, men fremfor alt legitimerer den tobakksbruk slik at ungdom ikke tar den avhengighetsskapende risikoen så alvorlig.

1084. Mesteparten av nedgangen i røyking har skjedd fordi nyterøykere (eller lettøykere) røyker mindre. I dag er det gjennomsnittlige tobakksforbruket per røyker i USA høyere enn for tjue år siden. Dette koplet med befolkningsøkningen i samme periode har gjort at tobakksproduksjonen totalt ikke er gått ned i denne periode.

1085. På tross av at industrien beskytter seg bak advarslene, har den vært konsekvent i sin kamp mot advarsler frem til i dag. Flere undersøkelser har vist at ungdommer ofte mener at advarslene med helsedirektørens underskrift betyr at varene egentlig ikke kan medføre stor risiko. De aller fleste som begynner, er under 18 år.

1086. Det er riktig at industrien aksepterte forbudet mot TV-reklame, men den gjorde det på betingelse av at helsemyndighetene sluttet å sende anti-tobakksreklame. Anti-tobakksreklame var begynt i 1968, og resultatet var at røykingen gikk sterkt tilbake mellom 1968 og 1971. Etter loven i 1971 steg salget av tobakk igjen.

#### 4.1 Beregningsmodeller

I sin enkleste form bygger modellen på at en viss brøkdel av de totale helsekostnader kan tilskrives tobakksbruk. Denne brøkdelen er kalkulert på grunnlag av:

##### *Relativ risikoutbredelse av røyking*

Alle modellene som er brukt i rettssakene om helsekostnader, har det samme grunnlaget. De bygger på epidemiologisk tenkning, og legger til økonomiske beregninger. Noen av disse modellene bruker en avansert økonometrisk formel med regresjonsanalyse.<sup>1088</sup> Men uansett hvilken modell som blir brukt, så er de basert på samme prinsipper.

##### **3.4.1.1 SAF-modellen**

Grunnlaget for alle beregningene er en epidemiologisk formel som kalles «Smoking Attributable Fraction» (SAF)- dvs, den brøkdel som kan tilskrives røyking.<sup>1089</sup>

$$SAF = \frac{p_0 + p_1 (RR1) + p_2 (RR2)}{p_0 + p_1 (RR1) + p_2 (RR2)} - 1$$

Der:

SAF = brøkdelen av en gitt sykdom i en befolkning som kan tilskrives røyking.

$p_0$  = andelen av individer i befolkningen som aldri har røykt.

$p_1$  = andelen av nåværende røykere i befolkningen

$p_2$  = andelen av forhenværende røykere i befolkningen

RR1 = relativ risiko<sup>1090</sup> for nåværende røykere sammenlignet med dem som aldri har røykt

RR2 = relativ risiko for forhenværende røykere sammenlignet med dem som aldri har røyket

1087. Tobakksindustrien mener at en «dynamisk» analyse av helsekostnader burde brukes til å beregne disse kostnadene. Se Rubin D. What Does it Mean to Estimate the Causal effects of «Smoking?» Dallas, Tx.: Joint Statistical Meeting, Invited Paper, August 10, 1998; Barendregt, M.A., L. Bonneux, P.J. Van der Maas. The health care costs of smoking. New Engl. J. Med. 337: 1052-1057, 1997. Enkelt sett prøver en slik analyse å beregne hvor store helsekostnadene med tobakksbruk er minus helsekostnadene hvis befolkningen ikke hadde brukt tobakk. Denne modellen forveksler rettslige beregninger med sosial-politiske beregninger. Modellen kunne være nyttig, dersom man ville undersøke spørsmålet om hva slags behov det ville være for helsetjenester i fremtiden hvis tobakksbruken ble redusert med 50 %. Den går imidlertid ikke inn på spørsmålet om ansvarsforhold, dvs. om det rettslig sett er akseptabelt med en slik "dynamisk" modell.

1088. De økonometriske modellene gir høyere beregninger enn den mer enkle modellen jeg skal beskrive. Men fordi det har vist seg at juryene i sakene i USA ikke har akseptert disse veldig komplekse beregningene, skal jeg ikke gå inn på dem her. Den økonometriske modellen er beskrevet i Measuring the Medical Costs of Smoking. Berkeley, CA: Berkeley Economic Research Associates (BERA), 1997.

1089. Denne modellen bygger på det epidemiologiske begrepet «attributable risk», som først ble utviklet for å beregne den maksimale andel av lungekreft som kunne tilskrives røyking. Se Lilienfeld, A, D Lilienfeld. Foundations of Epidemiology. Oxford University Press, 1980.

### 3.4.1.2 Tidsperspektiver

Figur 3.1 gir et tidsperspektiv på helsen til røykere sammenlignet med helsen til ikke-røykere. Det er to viktige tidsperspektiver man må være klar over når det gjelder røyking:

For det første at sykdommer som tilskrives røyking er kroniske, og tar lang tid å utvikle. Selv om de fleste røykere begynner mens de er tenåringer, så ser vi ingen virkning av røykingen i form av høyere risiko for sykdom før de er i midten av 30-årene. Risikoen øker deretter sterkt, særlig i 50- og 60-årsalderen.

For det andre at røykere lever kortere enn ikke-røykere. Store deler av folks sykdommer og tilhørende kostnader forekommer sent i livet. Fordi den «senere» perioden kommer tidligere i røykernes liv, så inntreffer denne gruppens totalhelsekostnader tidligere enn for ikke-røykere.

Men uansett hvilken alder man ser på, har røykere 10–30 % større helsekostnader per kasus enn ikke-røykere med et gjennomsnitt på 15 %. <sup>1091</sup>

### 3.4.1.3 Tre tidsperioder

Tobakksbruk som massekonsum, særlig sigarettøyking, er et forholdssvis nytt fenomen i vårt samfunn. Sigarettøyking begynte stort sett etter den første verdenskrigen og tiltok veldig etter den andre verdenskrigen. De første aldersgruppene med alvorlig røyking var de som ble født 1910–20 og 1920–30. I disse aldersgruppene røykte over 70 % av alle voksne menn på et eller annet tidspunkt. Fra og med de som ble født i 1960 er røykingen gått sterkt ned. I dag er det «bare» 24 % av den voksne befolkningen i USA som røyker.

Selv om vi nå fikk alle til å slutte å røyke på en gang, ville røykingens helsekostnader, riktig nok i minskende andel, vare ut vår levetid. Derfor legger vi vekt på tre tidsperioder når vi foretar kostnadsberegningene.

- a) *Nåtidskostnader.* Vi begynner beregningene med å se på hvor store kostnadene var i siste år eller helst de siste fem årene, da det er en del variasjon mellom årene.
- b) *Førtidskostnader.* Deretter må vi spørre hvor langt vi skal gå tilbake i tiden. Det varierer noe med hensyn til den gjeldende lov for forskjellige domstoler. Om det tillates, er det to datoer man kan legge vekt på.
  - Ved årskiftet 1953/54 var det klart at tobakksbruk forårsaket store helseskader. <sup>1092</sup> Industrien sa at den tvilte på dataene, men at den skulle opprette en forskningsinstans, og hvis det viste seg at industriens produkter medførte helseskade, så ville den stoppe produksjonen. <sup>1093</sup> Den eminente lege og økonom Jeffrey Harris mener at alle tobakksrelaterte helsekostnader fra denne tid kan tilskrives

1090. Den relative risiko er risikoen for et gitt helseproblem (sykdom, død osv.) i den delen av befolkningen som har vært eksponert for en helsefare, sammenlignet med risikoen for det samme helseproblemet i hele befolkningen. Risiko beregner man ved å telle alle tilfeller av sykdommen i den eksponerte befolkningen og sammenligner med alle tilfeller i hele befolkningen (per 1.000 eller 100.000 mennesker osv.) i en gitt tidsperiode (vanligvis ett år) justert for alder og kjønn (eventuelt også rase).

1091. Manning WG, EB Keeler, JP Newhouse, et.al. The Cost of Poor Health Habits. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991 (Tables 4-8; 4-11; E-6). Se også en lang rekke forsikringsmatematiske undersøkelser utført av konsulentfirmaet Milliman & Robertson.



tobakksindustrien.<sup>1094</sup> For en stor del på grunn av industriens motstand tok det over 10 år før den amerikanske helsedirektøren endelig fastslo tobakkens helsefarer, og mange har sagt at i det minste må industrien holdes ansvarlig for denne forsinkelsen.<sup>1095</sup>

- I 1962 la forskere i British American Tobacco (BAT) frem resultater for firmaets ledelse der de viste at nikotin var et sterkt avhengighetsskapende stoff. Istedenfor å anerkjenne dette faktum sendte industrien ut et samordnet budskap som la vekt på at røyking virker avstressende.<sup>1096</sup> Deretter begynte industrien mer og mer å manipulere nikotininnholdet i tobakk mens den kjempet en voldsom kamp for å fornekte at røyking fører til avhengighet. Denne kampen gjorde at det tok 25 år før helsedirektøren i 1988 endelig anerkjente at tobakksbruk fører til avhengighet.<sup>1097</sup>

- c) *Fremtidskostnader.* De vanskeligste beregningene gjelder fremtidskostnadene. Vi vet at risikoen for mange tobakksrelaterte sykdommer, særlig hjerte-og karsykdommer, synker fort etter at røykere slutter å røyke. Vi vet også at det nå finnes behandlingstilbud for nikotinavhengige røykere, at de beste helsevesener i USA makter å få 10 % av røykerne til å prøve å slutte hvert år, og at 30 % av disse forblir ikke-røykere i over 12 måneder. Så det er mulig å senke røykingen med ca. 2–3 % pr. år, men det krever en investering på ca. 200–250 dollar per røyker som prøver å slutte å røyke, eller ca. 2000–3000 dollar per røyker som slutter i over 12 måneder.<sup>1098</sup> Dertil er det fortsatt tilførsel av nye røykere så lenge industrien driver med markedsføring.<sup>1099</sup> I beste fall vil det således ta minst 25 år for å skape en 50 % nedgang i antall røykere, og dertil en lang periode før kostnadene som tilskrives forhenværende røyking faller bort.

---

1092. Wynder EL, EA Graham. Tobacco smoking as a possible etiological factor in bronchogenic carcinoma: a study of 684 proved cases. *J Am Med Ass* 143:329-36, 1950; Doll R, Hill AB. A study of the etiology of carcinoma of the lung. *Brit Med J* 2:1271-86, 1952; Wynder EL, EA Graham, AB Croninger. Experimental production of carcinoma with cigarette tar. *Cancer Research* 13: 855-864, 1953; Breslow L, L Hoaglin, G Rasmussen et al. Occupations and cigarette smoking as factors in lung cancer. *Am J Pub Health* 44:171-181, 1954.

1093. Dette ble uttrykt i den nå berømte «Frank Statement to Cigarette Smokers», en helsidesannonse i 448 aviser i USA. Se *Ashes to Ashes*, s. 164.

1094. Jeffrey Harris' omfattende verk omkring beregninger av erstatningsbeløp finnes på Internet: <http://web.mit.edu/jeffrey/harris/>

1095. Historikeren Prof. Robert Proctor har lagt vekt på denne tanken i *Cancer Wars: How Politics Shape What we Know and Don't Know about Cancer*. New York: Basic Books, 1995.

1096. Hurt RD, CR Robertson. Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine. *JAMA* 280:1171-81, 1998.

1097. Virkningene av industriens politiske kampanje er beskrevet av tidligere helseminister Joseph Califano, Statement before the Subcommittee on Health and Environment of the Committee on Energy and Commerce. Washington, D.C.: U.S. House of Representatives, May 17, 1994.

1098. Dette er resultater fra Group Health Of Puget Sound i Seattle, som har skapt et program som kalles Free and Clear.

## 4.2 Forutsetninger

I den modellen vi bruker, er det bare en forutsetning.<sup>1100</sup> Vi antar at den relative risiko som er beregnet på grunnlag av forskjeller i dødeligheten mellom røykere og ikke-røykere svarer til forskjellen i helsekostnader mellom røykere og ikke-røykere. Med andre ord antar vi at røykere med lungekreft gjennomsnittlig har samme kostnader for behandling som ikke-røykere med lungekreft, og at folk som dør av lungekreft, har samme helsekostnader som de som ikke dør.<sup>1101</sup>

## 4.3 Datakilder

Det er viktig å bruke så konkrete datakilder som mulig, slik at det oppstår minst mulig konflikt omkring spørsmålet om deres validitet. Vi bruker bare publiserte kilder som har vært referert.

- a) *Tobakksrelaterte diagnoser.* Vi bruker bare de diagnoser som er anerkjent av helsedirektøren som tobakksrelaterte.<sup>1102</sup> De innbefatter 19 diagnoser for voksne og fire diagnoser for nyfødte. Se bilag 1. Vi utelater tre typer helseskader der vi mener det er rom for diskusjon omkring risikodataene:
  - i. *Passiv røyking.* Vi innbefatter ikke behandlingskostnader for sykdommer som kan ha vært forårsaket av miljørøyk.
  - ii. *Skrå tobakk og snus.* Vi tar ikke med behandlingskostnader for sykdommer som kan ha vært forårsaket av tygging eller snusing av tobakk.
  - iii. *Brannskader.* Vi tar ikke med behandlingskostnader for brannskader som kan ha vært forårsaket av røyking.<sup>1103</sup>
- b) *Relativ risiko.* Vi bruker data fra helsedirektøren (se fotnote nr. 29) basert på *The Cancer Prevention Study II (CPS II)*. Denne studien som omfatter 1,2 millioner personer, ble påbegynt i 1982. For hver diagnose får vi aldersstandardiserte relative risikorater for nåværende røykere sammenlignet med ikke-røykere og for forhenværende røykere sammenlignet med ikke-røykere. Hvis det er stor forskjell på den relative risikoen for forskjellige aldersgrupper, tar vi dem i betraktning.
- c) *Utbredelsen av røyking.* Vi får data for utbredelsen fra *The National Health Interview Survey (NHIS)*. Denne spørreskjemaundersøkelsen er blitt utført på et representativt utvalg av den voksne befolkningen i USA årlig siden 1957. Vi justerer disse dataene på to måter:

---

1099. Om jeg regner riktig: I Norge, der ca. 32 % av den voksne befolkningen røyker, kommer det til nye røykere som tilsvarer ca. 4 % av den eksisterende røykende befolkningen per år, hvorav ca. 50 % blir vanedannende røkere.

1100. Denne forutsetningen er bygd inn i den SAF-formelen som vi bruker, og derfor blir den gjentatt for hver beregning der SAF-formelen brukes.

1101. Vi mener at dette er lavt regnet. Flere undersøkelser har vist at røykere har høyere sykkelighet enn ikke-øykere. Se f.eks. Bertera, T.L. The effects of behavioral risk on absenteeism and health care costs in the workplace. *J. Occ. Med.* 33:1119-24, 1991; Lowe, C.R. Smoking cessation and absence from work. *Prev. Med.* 24:535-40, 1995.

1102. USDHHS. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress, A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Depart. Of Health and Human Services, Centers for Disease Control, 1989.

1103. Mellom en tredjedel og en halvdel av husbrannene oppstår på grunn av tobakksmisbruk, ikke minst røyking på senga.

- i. *Røking blant arbeidere.* I våre beregninger for fagforbundenes sykekasser har vi brukt særskilte beregninger basert på yrkesklassifikasjonen som dekkes av den særskilte sykekassen.<sup>1104</sup>
  - ii. *Regionale forskjeller.* Vi justerer utbredelsesdataene for forskjeller i utbredelsen i de enkelte delstatene.<sup>1105</sup>
- d) *Helsekostnader.* Vi får kostnadsdataene fra helseforsikringenes datasystemer for hver av diagnosene som er innbefattet i vår analyse. Disse dataene inkluderer hvert kasus, samt pasientens alder og kjønn, og om han eller hun er en deltaker i sykekassen eller et familiemedlem.

#### 4.4 Rangerte beregninger

Vår beregningsmodell er ingen eksakt vitenskap. Fordi den er basert på to utvalgsundersøkelser (dvs. for relativ risiko og for utbredelsen av røyking), rangerer vi våre beregninger slik at de faller innenfor 95 % konfidensintervallene for både relativ risiko og utbredelse av røyking. Vi får således ni forskjellige SAF- beregninger for hver diagnose:

*Prevalens*

Risiko Lav Midtpunkt Høy

Lav *min*

beste Midtpunkt beregning

Høy *maks*

Vi ser her at beregningene rangerer fra et minimumsnivå til et maksimumsnivå. Vi har valgt midtpunktet for både risiko og prevlansutbredelse som var «beste beregning». Det vil si at det er sannsynlig at det ekte målet ligger innenfor denne rangeringen, og det er rimelig å anta at den ligger på midtpunktet. Dette gir advokatene et godt utgangspunkt for å forhandle seg frem til det endelige erstatningsbeløp.

#### 4.5 Gruppeanalyse

Vi deler opp helsekostnadene og gjør særskilte beregninger for hver av følgende grupper i den befolkningen som dekkes av en sykeforsikring:

**Medlemmer Familie**

Menn, røykere 35–64 Menn, røykere 35–64

Menn, røykere >65 Menn, røykere >65

Kvinner, røykere 35–64 Kvinner, røykere 35–64

Kvinner, røykere >65 Kvinner, røykere >65

Menn, fhv røykere 35–64 Menn, fhv røykere 35–64

1104. Vi får utbredelsen av røyking for yrkesgrupper fra en publisert analyse av NHIS dataene for 1990-1994. Se Nelson DE, Emont SL, Brackbill RM, Cameron LL, Peddicord J, Fiore M. Cigarette Smoking Prevalence by Occupation in the United States: A Comparison between 1978 to 1980 and 1987 to 1990. J.Occ.Med. 36(5):516-525, 1994.

1105. De fleste delstatene bruker en spørreskjemaundersøkelse som heter The Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Den gir ikke nok data for de forskjellige diagnoser til at den kan brukes som grunnlag for å beregne SAF-er, men den gir en gjennomsnittsberegning for røykevaner som kan brukes til å justere utbredelsesdataene som vi bruker i SAF- beregningene. Den eneste justeringen vi gjør, er å nedjustere om utbredelsen i en delstat er lavere enn gjennomsnittet for hele USA. Vi justerer ikke oppover. For detaljer om BRFSS se Centers for Disease Control. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) for 1995. MMWR 46 (No. SS-3): 4-11, 1997.

Menn, fhv røykere>65 Menn, fhv røykere>65  
Kvinner, fhv røykere 35–64 Kvinner, fhv røykere 35–64  
Kvinner, fhv røykere >65 Kvinner, fhv røykere >65

For hver av disse 16 aldersgruppene gjør vi en særskilt beregning for hver av de 19 diagnosegruppene i bilag 1, og for hver av disse diagnosegruppene gjør vi analyse for hver av de ni risiko/utbredelsesgruppene i rangeringen som ble nevnt i punkt. 4.4. Således gjør vi altså i alt for hver sykekasse:

*16 befolkningsgrupper x 19 diagnoser x 9 risiko/utbredelsesgrupper = 2736 beregninger*

Bilag 2 viser et eksempel på den endelige oppsummering av kostnadsberegninger for en gruppe i en sykekasse (snekkere, Washington state, menn > 35 år).

#### **4.6 Kostnader for nyfødte**

I tillegg til kostnadene for voksne over 35 år, tar vi med fire diagnoser for nyfødte med relative risikoer fra helsedirektørens rapport fra 1989 (se fotnote nr. 29), for følgende ICD-9 diagnoser: 765, 769, 770, 798.0. Bilag 3 viser et eksempel på oppsummering av disse kostnadene i en sykekasse (Washington state, snekkernes sykekasse).

#### **4.7 Sluttresultatet**

For snekkernes sykekasse i Washington stat, som dekker ca. 20 000 mennesker, der utbredelsen av røyking blant menn er 43 % og blant kvinner 34 %, gir våre beregninger en rangering fra minimalt 6,99 % maksimalt til 10,55 % med en "beste beregning" av totalhelsekostnadene på maksimalt 8,93 %. Ca 0,36 % av totalkostnadene er for nyfødte. Figur 3.2 viser hvordan kostnadene er fordelt på diagnoser. Den viser at hjerte- og karsykdommer er den største kostnadsposten med 47,43 % av kostnadene som tilskrives tobakk, mens kreft er den nest største med 24,57 %.

### **5 Industriens forsvarsargumenter**

---

Industriens forsvarsargumenter mot erstatningsberegningene går både på prosedyre og på metode.

#### **5.1 Prosedyre**

Industrien påstår først og fremst at sykekassene ikke har rett til å saksøke dem, muligens bortsett fra «subrogation» av helsekostnader for enkelte røykere der det er vist at industrien har forårsaket helseskaden på ulovlig vis. Industrien hevder at om sykekassene har rett til å saksøke den, og dertil om individuelle røykere som dekkes av sykekassene, også kan ha rett til å saksøke den, så kan industrien komme i en situasjon der den holdes ansvarlig flere ganger for samme feil. Industrien hevder at om alle instanser har rett til å saksøke den, så fører dette til kaos i rettsvesenet og et ubegrenset ansvar som kan vare i all evighet.<sup>1106</sup>

Saksøker hevder som svar på dette at industrien gjennom denne taktikken prøver å begrense retten til å saksøke den til individuelle røykere, i saker som

har vist seg å være veldig kostbare og vanskelige å føre – og derved eliminere den type gruppesøksmål som blant andre sykekasser kan føre.

Industrien påstår også at saker som bygger på gruppeanalyse, ikke holder mål generelt. De hevder at epidemiologiske undersøkelser bare kan vise til assosiasjoner, og ikke til årsak. Bare medisinske bevis i enkelttilfeller kan brukes som bevismateriale til dette formål.<sup>1107</sup>

Når det kommer til erstatningsberegningen, bruker industrien samme argument mot SAF-formelen. Saksøker svarer på dette at det igjen bare er et argument for å bli kvitt gruppesøksmål.

## 5.2 Metoder

Industrien påstår at den beregningsmetode som er brukt, har avgjørende svakheter. Det første argumentet legger vekt på at man ikke kan bruke en relativ risiko basert på dødelighet som om dette er en risiko for helsekostnader. Det påstås blant annet at risikoen for dødelighet kan føre til både overvurdering og undervurdering av kostnader, uten at noen kan si for sikkert hva som er rett.<sup>1108</sup>

Videre påstår industrien at kostnadsdataene fra sykekassene er upålitelige fordi diagnoser ofte er feilstilte,<sup>1109</sup> og dertil blir de ofte klassifisert feil når de blir angitt en ICD-9 kode ved innføringen i datasystemene.<sup>1110</sup>

Industrien påstår også at CPS II ikke er et representativt utvalg av det amerikanske folk. Den mener at utvalget er eldre, bedre utdannet og med minoriteter underrepresentert. Den hevder videre at CPS II ikke tar i betraktning mange andre risikofaktorer enn røyking.<sup>1111</sup>

## 6 Betydning for Norge

---

### 6.1 Innledning

Det er nå innført en beregningsmetode som har vunnet gehør i flere rettssaker. De endringer vi har gjort i den, er basert på erfaringer fra delstatenes rettssaker. Det vi har gjort som er nytt, er å forenkle metoden. Ved å

1106. Dette argumentet har vunnet forståelse i noen saker fra fagforbundenes sykekasser i bl.a. Oregon, Pennsylvania, Nebraska og Hawaii. Disse rettsbeslutningene er innanket til høyere instans.

1107. Dette argumentet har vunnet forståelse i fagforbundenes sykekassesaker i bl.a. Florida. Disse rettsbeslutningene er innanket til høyere instans.

1108. Dette argumentet holder industrien på til tross for at de beregningene vi har kommet frem til, er de mest forsiktige.

1109. Den viser til at sammenlignet med resultater fra obduksjoner er det ofte feil i diagnosene, og at dette problemet er blitt verre etter som det blir færre og færre obduksjoner. Se f.eks. Goldman L., The value of the autopsy in three medical eras. *New Engl J Med* 308:1000-1005, 1985; Cechner, R. et. al. Misdiagnosis of bronchogenic carcinoma, the role of cigarette smoking, surveillance bias, and other factors. *Cancer* 46:190-199, 1980.

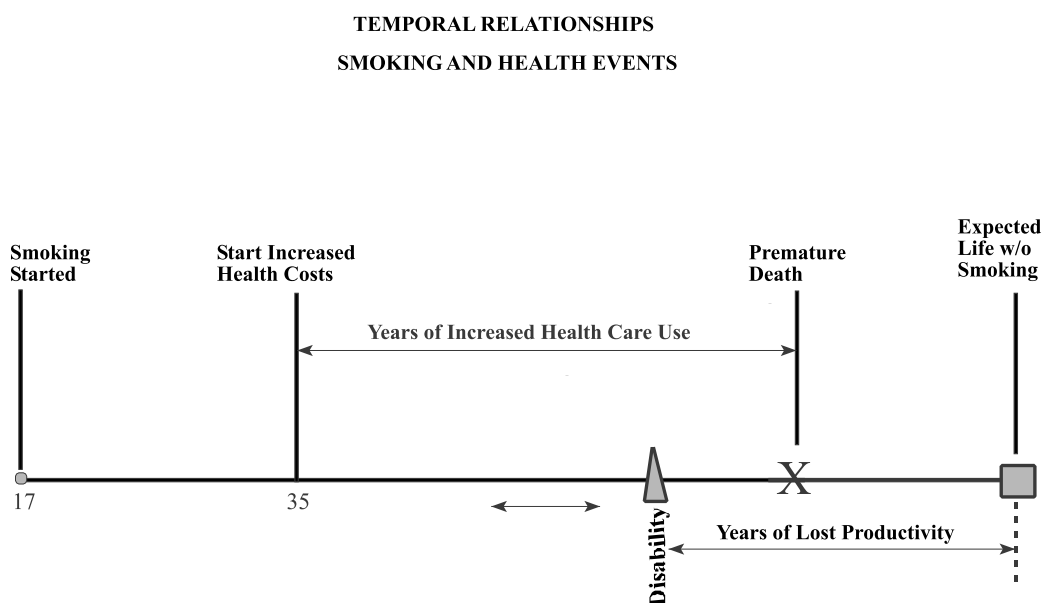
1110. Den legger vekt på dette i sammenheng med akutt hjertesykdom. Se Kennedy, G. et. al. Miscoding of hospital discharges as acute myocardial infarction: implications for surveillance programs aimed at elucidating trends in coronary heart disease. *Am. J. Cardiology* 53: 1000-1002, 1984; Hsia, D. et.al. Accuracy of diagnostic coding for Medicare patients under the prospective payment system. *New Engl. J. Med* 318:352-355, 1988.

1111. Disse påstandene er blitt avvist i en detaljert vurdering av CPS II. Schulman J, LA Epstein, PD Mowery et al. Smoking Attributable Mortality: Control for Confounding. Final report, Contract No. 200-92-0534. Atlanta: The Centers for Disease Control, 1998.

gjøre den noe mer moderat unngår vi mange av de konfliktpunktene som tidligere versjoner skapte. Resultatet blir en noe lavere sluttberegning, men den ulempen er liten i forhold til de fordeler den gir når det kommer til argumentasjon i rettssalen.

Vi har lagt stor vekt på at beregningene ikke er eksakte, men at dette er tatt i betraktning gjennom den rangerte fremstillingen av beregningen. Dette er et meget vesentlig punkt.

Jeg tror det er viktig å bygge på denne metoden om en slik rettssak skulle anlegges i Norge. Det er maktpåliggende å få utviklet en internasjonal hovedretning i juridisk tenkning når det gjelder tobakksindustriens ansvar.



Figur 3.1

## 6.2 Beregningene overført til Norge

De beregningene vi har fra USA, burde holde nokså godt når det gjelder Norge, og kan brukes som en målestokk for å finne frem til om det er grunnlag for å føre slike rettssaker i Norge. Begge land har om lag samme bruttonasjonalprodukt (BNP) per innbygger, selv om det i Norge er større likhet i inntektsfordelingen. I USA er helsekostnader som andel av BNP 50 % høyere enn Norge, men i Norge er utbredelsen av røyking om lag 50 % høyere enn i USA. Gjennomsnittsrøykingen per røyker i Norge er trolig noe lavere enn i USA. Det er litt forskjell på dødeligheten. Norge har noe mer hjerte- og karsykdom og litt mindre kreft enn USA, men ulikhetene er i ferd med å utjevnes.

På grunnlag av den metoden vi har brukt, og tatt i betraktning at dette er en ganske grov sammenligning, så vil jeg tro at nåtidskostnadene som kan tilskrives tobakksbruk i Norge, vil rangere fra et minimumsnivå på 4 % til et maksimumsnivå på 7–10 % av totalhelsekostnadene.

Hvor mye vil dette si når man ser bakover og fremover i tiden? Vi kan bruke resultatene fra forlikene som ble inngått av Minnesota som grunnlag for denne beregningen. Minnesota har en befolkning på omtrent samme størrelse som Norge.<sup>1112</sup> I Minnesota tilsvarer forliket omlag 6,1 milliarder dollar over 25 år.<sup>1113</sup> Det vil si om lag 46 milliarder kroner.<sup>1114</sup> Det dekket Minnesotas del av helsekostnadene, som er om lag 10–15 % av totalhelsekostnadene. På dette grunnlaget ville en sak i Norge, om den ble anlagt med tanke på å få refundert alle helsekostnader, være verd 7–10 ganger så mye som i Minnesota. Det vil bety anslagsvis 324 til 500 milliarder kroner.<sup>1115</sup>

Jeg kan ikke vurdere i hvor stor utstrekning norske domstoler vil akseptere amerikanske rettsprinsipper, men det er vel sannsynlig at i Norge ville domstolene være mindre generøse når det gjelder erstatning. I hvor stor utstrekning dette vil ha virkning på et eventuelt forlik, kan jeg heller ikke vurdere. Men det er ikke urimelig å tenke seg at en norsk rettsak kunne være verd 200 milliarder kroner.

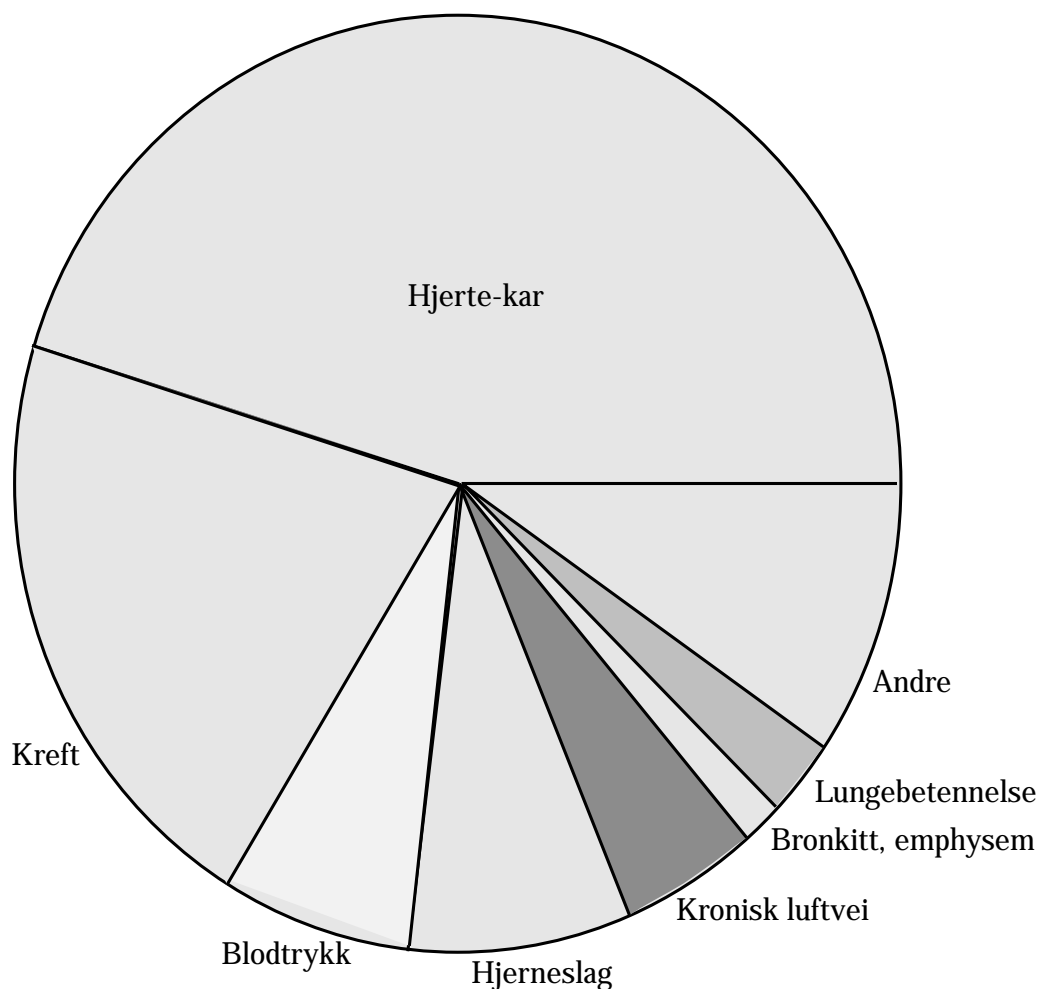
---

1112.I 1990 var Minnesotas befolkning 4,4 millioner, Norges var på 4,3 millioner.

1113.Delstaten Washington, med en befolkning på 4,9 millioner, fikk 4 milliarder over 25 år som sin andel av det store forliket som ble inngått av 46 delstater november 1998.

1114.Basert på en kurs der 1,00 dollar = 7,60 kroner.

1115.I foredraget jeg holdt på Universitetet i Oslo 1. februar 1999 la jeg frem noen vurderinger på grunnlag av det jeg mente å huske om delstatenes forlik. Jeg regnet da med at disse forlikene dekket ca. 5 % of totalhelsekostnadene i USA, mens en mer forsiktig vurdering ville ha basert denne beregningen på 10-15 % av totalhelsekostnadene. Derfor har jeg nå justert denne beregningen nedover. På tross av dette er sluttresultatet innenfor den rangeringen jeg la frem i foredraget. Delstaten Washington har en befolkning som er 10 % større enn den norske befolkningen. Basert på den andel Washington fikk i det store forliket som ble inngått av 46 delstater i november 1998, med justering for forskjellen i befolkningsstørrelsen, ville en norsk sak være verd ca. 196 til 280 milliarder kroner.



Figur 3.2 Fordeling av kostnader

## 7 Kommentarer til rapportene fra SHUS og SINTEF

På forespørsler har jeg gjennomgått de endelige rapporter fra SHUS og SINTEF som jeg fikk den 26. april 2000, se vedlegg 4 og 5. Jeg kan summere mine kommentarer slik:

1. SHUS-rapporten er stort sett akseptabel når data på befolkningen over 74 år blir tatt med. Den bygger på de beste tilgjengelige data, og bruker en metode som er generelt akseptert. Jeg vil tro at dataene på røykefrekvens blant eldre kvinner er lav. Rapporten har ikke tatt med tobakksrelatert sykdomsrisiko for nyfødte barn. I tilknytning til erstatningsberegningen, er det ikke grunnlag for de justeringene som er blitt gjort for enkleste kreftrisikoer for alkoholforbruk.
2. SINTEF-rapporten kommer til at utgiftene til sykehusbehandling som kan tilskrives tobakksrøyking utgjør 1 769 millioner kroner for 1998. Denne rapporten femstiller et veldig forsiktig anslag, selv etter at kostnader for befolkningen over 74 år er tatt med. Jeg antar at rapporten undervurderer kostnadene med 32–33 %. Jeg vil tro at det riktige kostnadsbeløp for



tobakksrelaterte sykdommer burde være på 2 344 millioner kroner per år, som er nesten 600 millioner kroner mer enn det SINTEF har beregnet. Jeg baserer denne uttalelsen på de følgende faktorer:

- a) Rapporten tar ikke med kostnader for poliklinisk behandling. Jeg tror at kostnadene for slik behandling beløper seg til minst 15 % av fylkeskommunenes totale helsekostnader.
  - b) Rapporten tar ikke med kapitalkostnader. Det er mulig at disse midlene ikke hører med i dette regnskapet, men det kan ikke jeg vurdere. Jeg antar at disse kostnadene tilsvarer ca. 8 % av de totale helsekostnader.
  - c) Rapporten tar ikke med kostnader for behandling av tobakksrelaterte sykdommer påført nyfødte p.g.a. røyking i svangerskapstiden. Disse kostnadene vil forsiktig sett tilsvare ca. 1 % av de totale tobakksrelaterte kostnadene.
  - d) Rapporten innbefatter de justeringene som SHUS har gjort for alkoholforbruk. Om disse justeringene ikke hadde vært gjort, ville totalslaget økt med ca. 1 %.
  - e) Rapporten baserer beregningene på DRG grupperte kostnadsfordelinger. Denne fordelingsmetoden baserer seg på et gjennomsnitts resursforbruk per DRG. Røykere har i gjennomsnitt en dårligere helsetilstand enn ikke-røykere, og vil derfor bruke flere ressurser per behandling enn ikke-røykere. Dette fører til en undervurdering av de virkelige tobakksrelaterte kostnadene, og det er sannsynlig at det brukes i gjennomsnitt ca. 15–22 % mer ressurser per behandling av røykere enn av ikke-røykere. Dette fører til at de tobakksrelaterte kostnadene trolig er ytterligere 7–8 % høyere enn det SINTEF har beregnet.
3. Grunnen til at det er et stort sprik mellom SINTEFs anslag og min beregning på 200 milliarder kroner, er at min beregning innbefatter alle helsekostnader i Norge, og ikke bare fylkeskommunenes andel. I tillegg er min beregning basert på det forliket som ble gjort mellom Minnesota og tobakksindustrien, som omfattet 70–80 år, mens SINTEFs beregning bare er for ett år. Minnesota-forliket tok med kostnader fra 1954 til 2030, og det innbefattet kostnader som fylkeskommunene ikke har, deriblant for almenpraksis og farmasøytiske midler. Minnesota mente at erstatning burde gå tilbake til den tid da tobakksindustrien begynte å dekke over sine kunnskaper om tobakkens helsefarer, altså 1954. Om man i Norge kommer til å ta et like langt tidsperspektiv i betraktning, kan ikke jeg vurdere, men om man gjør det blir det godt samhold mellom SINTEF-beregningene – med de modifikasjoner jeg har nevnt tidligere – og det erstatningsanslaget jeg kom frem til. Tapet etter Minnesota-modellen blir da på 2–3 milliarder kroner for ett år.

**Tabell 3.1: Smoking attributable disease relative risk estimates by smoking status-males**

<i>Diseases (ICDA)</i>	<i>Age Group</i>	<i>RR Current Best</i>	<i>RR Current Low</i>	<i>RR Current High</i>	<i>RR Former Best</i>	<i>RR Former Low</i>	<i>RR Former High</i>
<i>ESTIMATES FOR MALES</i>							
<i>Cancers</i>							
Lip, Oral Cavity, Pharynx (140–149)	35	27.48	9.96	75.83	8.80	3.15	24.59
Esophagus (150)	35	7.60	3.81	15.17	5.83	3.02	11.25
Pancreas (157)	35	2.14	1.62	2.82	1.12	0.86	1.45
Larynx (161)	35	10.48	3.61	30.43	5.24	1.83	14.99
Trachea, Bronchus & Lung (162)	35	22.36	17.77	28.13	9.36	7.43	11.77
Cervix, Uteri (180)	35	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Urinary Bladder (188)	35	2.86	1.85	4.44	1.90	1.28	2.82
Kidney, Other Urinary (189)	35	2.95	1.92	4.54	1.95	1.31	2.90
Hypertension (401–404)	35	1.85	1.63	2.10	1.32	1.18	1.48
Ischemic Heart Disease (410–414)	35–64	2.81	2.49	3.18	1.75	1.55	1.99
	65	1.62	1.48	1.77	1.29	1.20	1.38
Other Heart Disease (390–398, 415–417, 420–429)	35	1.85	1.63	2.10	1.32	1.18	1.48
Cerebrovascular Diseases (430–438)	35–64	3.67	2.51	5.36	1.38	0.91	2.07
	65	1.94	1.58	2.38	1.27	1.07	1.50
Atherosclerosis (440)	35	4.06	3.08	5.35	2.33	1.81	3.01
Aortic Aneurysm (441)	35	4.06	3.08	5.35	2.33	1.81	3.01
Other Arterial Disease (442–448)	35	4.06	3.08	5.35	2.33	1.81	3.01
Pneumonia & Influenza (480–487)	35	1.99	1.52	2.61	1.56	1.25	1.95
Bronchitis, Emphysema (491–492)	35	9.65	7.00	13.30	8.75	6.48	11.80
Chronic Airway Obstruction (496)	35	9.65	7.00	13.30	8.75	6.48	11.80
Other Respiratory Diseases (010–012, 493)	35	1.99	1.52	2.61	1.56	1.25	1.95

**Tabell 3.2: Smoking attributable disease relative risk estimates by smoking status-females**

<i>Diseases (ICDA)</i>	<i>Age Group</i>	<i>RR Curren t Best</i>	<i>RR Curren t Low</i>	<i>RR Curren t High</i>	<i>RR Former Best</i>	<i>RR Former Low</i>	<i>RR Former High</i>
<b>ESTIMATES FOR FEMALES</b>							
<i>Cancers</i>							
Lip, Oral Cavity, Pharynx (140–149)	35	5.59	3.15	9.91	2.88	1.57	5.26
Esophagus (150)	35	10.25	4.94	21.27	3.16	1.45	6.85
Pancreas (157)	35	2.33	1.77	3.08	1.78	1.37	2.30
Larynx (161)	35	17.78	3.45	91.74	11.88	2.46	57.34
Trachea, Bronchus & Lung (162)	35	11.94	9.99	14.26	4.69	3.86	5.70
Cervix, Uteri (180)	35	2.14	1.06	4.30	1.94	0.97	3.87
Urinary Bladder (188)	35	2.58	1.31	5.08	1.85	1.00	3.42
Kidney, Other Urinary (189)	35	1.41	0.86	2.30	1.16	0.72	1.87
Hypertension (401–404)	35	1.69	1.42	1.80	1.16	1.00	1.34
Ischemic Heart Disease (410–414)	35–64	3.00	2.50	3.59	1.43	1.15	1.77
	65	1.60	1.42	1.80	1.29	1.16	1.43
Other Heart Disease (390–398, 415–417, 420–429)	35	1.69	1.42	1.80	1.16	1.00	1.34
Cerebrovascular Diseases (430–438)	35–64	4.80	3.52	6.54	1.41	0.94	2.13
	65	1.47	1.19	1.81	1.01	0.83	1.24
Atherosclerosis (440)	35	3.00	2.20	4.08	1.34	0.95	1.90
Aortic Aneurysm (441)	35	3.00	2.20	4.08	1.34	0.95	1.90
Other Arterial Disease (442–448)	35	3.00	2.20	4.08	1.34	0.95	1.90
Pneumonia & Influenza (480–487)	35	2.18	1.60	2.97	1.38	1.04	1.84
Bronchitis, Emphysema (491–492)	35	10.47	7.78	14.09	7.04	5.33	9.30
Chronic Airway Obstruction (496)	35	10.47	7.78	14.09	7.04	5.33	9.30
Other Respiratory Diseases (010–012, 493)	35	2.18	1.60	2.97	1.38	1.04	1.84

**Tabell 3.3: Relative risk estimates for smoking attributable perinatal conditions**

<i>Disease (ICDA)</i>	<i>Age Group</i>	<i>Males</i>	<i>Females</i>
<b>PERINATAL CONDITIONS</b>			
Short Gestation/Low Birth Weight (ICD 765)	<1	1.76	1.76
Respiratory Distress Syndrome (ICD 769)	<1	1.76	1.76
Respiratory Conditions – newborn (ICD 770)	<1	1.76	1.76
Sudden Infant Death Syndrome (ICD 798.0)	<1	1.50	1.50

**Tabell 3.4: Smoking attributable health costs for washington carpenters, 1989–1995. Male carpenters \$ 35 years of age**

<i>DISEASES (ICDA)</i>	<i>Age Group</i>	<i>Amt Paidby Trust</i>	<i>SAF Best Est. (1)</i>	<i>SAF Low Est.</i>	<i>SAF High Est.</i>	<i>Fund Costs Best Est.</i>	<i>Fund Costs Low Est.</i>	<i>Fund Costs High Est.</i>
<i>ESTIMATES FOR MALE CARPENTERS</i>								
<i>Cancers</i>								
Lip, Oral Cavity, Pharynx (140–149)	35	\$109,703	0.930	0.795	0.977	\$102,003	\$87,239	\$107,153
Esophagus (150)	35	\$160,757	0.800	0.599	0.905	\$128,608	\$96,330	\$145,543
Pancreas (157)	35	\$47,666	0.341	0.173	0.497	\$16,268	\$8,248	\$23,687
Larynx (161)	35	\$224,663	0.836	0.540	0.947	\$187,791	\$121,285	\$212,738
Trachea, Bronchus & Lung (162)	35	\$470,341	0.918	0.886	0.941	\$431,746	\$416,675	\$442,433
Cervix, Uteri (180)	35	\$0	0.000	0.000	0.000	\$0	\$0	\$0
Urinary Bladder (188)	35	\$137,746	0.504	0.277	0.681	\$69,411	\$38,224	\$93,829
Kidney, Other Urinary (189)	35	\$81,128	0.516	0.294	0.688	\$41,868	\$23,880	\$55,824
Hypertension (401–404)	35	\$361,549	0.307	0.218	0.396	\$110,837	\$78,868	\$143,069
Ischemic Heart Disease (410–414)	35–64	\$3,195,037	0.489	0.407	0.567	\$1,563,242	\$1,299,390	\$1,811,029
	65	\$553,786	0.252	0.184	0.320	\$139,325	\$101,908	\$177,220
Other Heart Disease (390–398, 415–417, 420–429)	35	\$1,280,577	0.307	0.218	0.396	\$392,576	\$279,344	\$506,740
Cerebrovascular Diseases (430–438)	35–64	\$533,346	0.553	0.360	0.703	\$294,967	\$191,742	\$374,805
	65	\$213,018	0.319	0.192	0.442	\$67,970	\$40,832	\$94,220
Atherosclerosis (440)	35	\$191,996	0.620	0.491	0.724	\$119,121	\$94,317	\$138,968
Aortic Aneurysm (441)	35	\$225,937	0.620	0.491	0.724	\$140,179	\$110,990	\$163,535
Other Arterial Disease (442–448)	35	\$195,353	0.620	0.491	0.724	\$121,204	\$95,966	\$141,398
Pneumonia & Influenza (480–487)	35	\$316,296	0.359	0.201	0.507	\$113,572	\$63,498	\$160,273
Bronchitis, Emphysema (491–492)	35	\$79,706	0.848	0.774	0.898	\$67,604	\$61,725	\$71,599
Chronic Airway Obstruction (496)	35	\$186,493	0.848	0.774	0.898	\$158,178	\$144,423	\$167,527
Other Respiratory Diseases (010–012, 493)	35	\$120,583	0.359	0.201	0.507	\$43,298	\$24,208	\$61,102
<i>TOTAL SMOKING COSTS</i>		<i>\$4,309,768</i>						

Kilde: (1) SAF = Smoking Attributable Fraction of Listed Disease

**Tabell 3.5: Estimates of costs for smoking attributable perinatal conditions. Washington carpenters, 1989–1995**

<i>Diseases (ICDA)</i>	<i>Amt Paid by Trust</i>	<i>SAF Best Est.</i>	<i>SAF Low Est.</i>	<i>SAF High Est.</i>	<i>Fund Costs Best Est.</i>	<i>Fund Costs Low Est</i>	<i>Fund Costs High Est.</i>
<i>ESTIMATES FOR PERINATAL CONDITIONS</i>							
<i>Short Gestation/Low Birth Weight (ICD 765)</i>	\$643,003	0.160	0.150	0.170	\$103,009	\$96,733	\$109,142
<i>Respiratory Distress Syndrome (ICD 769)</i>	\$110,819	0.160	0.150	0.170	\$17,753	\$16,672	\$18,810
<i>Respiratory Conditions – newborn (ICD 770)</i>	\$338,201	0.160	0.150	0.170	\$54,180	\$50,879	\$57,406
<i>Sudden Infant Death Syndrome (ICD 798.0)</i>	\$40	0.112	0.104	0.119	\$4	\$4	\$5
<i>TOTAL SMOKING COSTS</i>					\$174,047	\$164,388	\$185,363

## Vedlegg 4

# Helsemessige og økonomiske konsekvenser av tobakksrøyking:

Hvor stor andel av sykelighet og dødelighet i Norge i ett år kan tilskrives tobakksrøyking?

*Statens helseundersøkelser mai 2000*

## Forord

Denne rapporten er utarbeidet etter oppdrag fra Statens tobakksskaderåd/Sosial og helsedepartementet. Det faglige ansvaret for rapporten ligger hos Statens helseundersøkelser.

Rapporten er utarbeidet av forskningssjef Randi Selmer ved Statens helseundersøkelser. I tillegg har det vært en referansegruppe for prosjektet:

Forskningssjef Jørgen Aasness (Statistisk sentralbyrå)

Prof. Tor Bjerkedal (Rikstrygdeverket)

Prof. dr. med. Erik Dybing (Folkehelsa)

Ph.D. Grace Egeland (SHUS)

Dr. philos. Anders Engeland (Folkehelsa)

Prof. Amund Gulsvik (Universitetet i Bergen)

Forsker Tor Haldorsen (Kreftregistret)

Dr. med. Gunnar Hansen (Rikshospitalet)

Dr. med. Jostein Holmen (Folkehelsa i Verdal)

Dr. philos. Lise Lund Håheim (LIMSI, Ullevål sykehus)

Dr. polit. Karl Erik Lund (Den norske kreftforening)

Dr. med. Ivar Sønbo Kristiansen (Universitetet i Odense)

Dr. philos. Rolv Terje Lie (Universitetet i Bergen)

Gruppeleder Jon Magnussen (NIS, Sintef, Trondheim)

Dr. med. Haakon E. Meyer (SHUS)

Dr. med. Inger Njølstad (Universitetet i Tromsø)

Prof. dr. philos. Tore Sanner (Radiumhospitalet)

Dr. philos. Aage Tverdal (SHUS)

Prof. Hans Th Waaler (HELTEF, Sentralsykehuset i Akershus)

Vi vil gjerne takke referansegruppen for verdifulle bidrag og deltagelse i et seminar. Dr. med. Inger Njølstad og dr. philos. Lise Lund Håheim har bidratt med resultater og beregninger fra henholdsvis Finnmarksundersøkelsen og Osloundersøkelsen. Folkehelsa i Verdal har stilt data fra HUNT-undersøkelsen til disposisjon. Forsker Tor Haldorsen og dr. philos. Anders Engeland har bidratt til diskusjonen vedrørende kreftestimatene, og prof. Amund Gulsvik når det gjelder kronisk obstruktive lungesykdommer.

## Sammendrag

### Bakgrunn

I denne rapporten presenteres beregninger for hvor stor andel av sykdomstilfeller/dødsfall av ulike diagnoser i Norge, som kan tilskrives egen tobakksrøyking.

*Materiale og metode*

Den tilskrivbare andel er et uttrykk for hvor stor andel av sykdomstilfeller eller dødelighet i en befolkning som skyldes en bestemt eksponering (her dagligrøyking) (1). Denne andelen avhenger av hvor mange som røyker daglig eller har røykt daglig tidligere i befolkningen, og hvor mye større sykkelighet og dødelighet dagligrøykere og tidligere dagligrøykere har i forhold til dem som aldri har røykt daglig (relativ risiko). Videre er det en forutsetning at det er en årsakssammenheng mellom røyking og økt risiko for sykdom.

Vi har delt inn røykevaner i tre grupper: Aldrirøyker: «Har aldri røykt daglig»; Tidligere dagligrøyker: «Røyker ikke daglig nå, men har røykt daglig tidligere»; Dagligrøyker: «Røyker daglig nå». Med denne definisjonen grupperes av-og-til-røykere som aldri har røykt daglig og passive røykere sammen med aldrirøykerne. I denne rapporten studeres ikke sykkelighet og dødelighet knyttet til av-og-til-røyking eller passiv røyking.

Relativ risiko for ulike kreftformer er hentet fra en nordisk krefttrapport, mens de andre risikoestimatene er beregnet på grunnlag av store norske befolkningsundersøkelser der sykkelighet og dødelighet over tid er relatert til selvoppgitte røykevaner. Røykevanene, som inngår i beregningene av tilskrivbar andel, er hentet fra røykevaneundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå og Statens tobakksskaderåd for 1995–98. Videre har vi foretatt fylkesvise beregninger der vi har justert de landsrepresentative røykevanene i henhold til forholdet mellom røykevanene i fylkene i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.

For aldersgruppen 75 år og eldre mangler landsrepresentative tall for røykevaner. Her har vi foretatt en enkel beregning (ekstrapolering) ut fra røykevanene i yngre aldersgrupper.

*Resultater*

Andel dagligrøykere og tidligere dagligrøykere varierer med alder og kjønn, med en lavere andel dagligrøykere blant eldre og lavest blant eldre kvinner (tabell 4.1).

I alder 35–64 år var hyppigheten av ischemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt mm) henholdsvis 2,66 ganger (relativ risiko=2,66) og 1,35 ganger større blant dagligrøykere og tidligere dagligrøykere enn blant dem som aldri hadde røykt daglig (tabell 4.2). Sammenholder vi dette med røykevanene i befolkningen, finner vi at rundt 40 % av tilfellene av ischemisk hjertesykdom kan tilskrives røyking. For de eldre er sammenhengen noe svakere, der henholdsvis 26 % og 17 % av tilfellene kan tilskrives røyking blant menn og kvinner i alder 65–74 år. For aldersgruppen 75 år og eldre er resultatene mer usikre. Anslagene her er at 26 % og 13 % av tilfellene i denne aldersgruppen blant henholdsvis menn og kvinner, kan tilskrives røyking. Andel av hjerneslagtilfellene (cerebrovaskulære sykdommer) som kan tilskrives tobakksrøyking, ligger rundt 35 prosent i den yngste aldersgruppen. Blant eldre menn kan, i følge våre beregninger, få tilfeller tilskrives tobakksrøyking. For kvinner derimot er det beregnet at vel 20 prosent kan tilskrives røyking i alder 65–74 år, mens anslagene for de eldste kvinnene er 13 prosent. Vel 80 % av lungekrefttilfellene kan tilskrives tobakksrøyking i alder 35–64 år. For eldre menn finner vi

samme tilskrivbare andel, mens den er noe lavere for eldre kvinner. Den tilskrivbare andel for kronisk obstruktiv lungesykdom ligger på 70–80 prosent, unntatt for de eldste kvinnene som hadde en tilskrivbar andel på 60 prosent.

En høy tilskrivbar andel betyr lite hvis den aktuelle sykdommen er sjelden. Lungekreft, hjerteinfarkt, hjerneslag og kronisk obstruktiv lungesykdom forekommer hyppig i befolkningen. I 1995 var det 1882 tilfeller av lungekreft. Av disse kan 1500 tilfeller tilskrives røyking.

Hvert år skjer det omtrent 3500 dødsfall av ischemisk hjertesykdom under 75 år. Av disse kan 1000 tilskrives røyking. På tilsvarende måte kan knapt 200 dødsfall av hjerneslag under 75 år av totalt 1000 slagdødsfall i denne aldersgruppen tilskrives røyking. Hvis vi i tillegg ser på sykdomstilfeller og ikke bare dødsfall, blir antallene betydelig større. Vi har anslått at i aldersgruppen under 75 år kan 3000 tilfeller av ischemisk hjertesykdom og 800 tilfeller av hjerneslag årlig tilskrives tobakksrøyking. Det er også gjort beregninger for aldersgruppen over 75 år, men her er anslagene mer usikre.

I en studie i Hordaland hadde 3,4 % av befolkningen i alder 35–54 år kronisk obstruktiv lungesykdom. I aldersgruppen 55–73 år var forekomsten 13,5 %. Hvis dette er representativt for Norge, kan vi regne med at 140000 personer har kronisk obstruktiv lungesykdom. Vi fant at 70–80 prosent av tilfellene kan tilskrives røyking, dvs rundt 100000 personer har kronisk obstruktiv lungesykdom som kan tilskrives tobakksrøyking i denne aldersgruppen.

Risikoestimerer for hjertekarsykdommer endret seg lite om vi justerte for kjente risikofaktorer, utdanning og inntekt. Dette betyr at sammenhengen mellom hjertekarsykdommer og røyking ikke kunne forklares ved disse faktorene.

Røykevanene varierte mellom fylkene. Akershus hadde den laveste andelen dagligrøykere, Finnmark den høyeste. Generelt gav variasjonen i røykevaner mellom fylkene lite utslag i andel av sykkelighet som kan tilskrives røyking.

### *Konklusjon*

En stor andel av sykkelighet og dødelighet i befolkningen kan tilskrives tobakksrøyking. Den tilskrivbare andel for de studerte sykdommene, var på samme nivå for menn og kvinner i aldersgruppen 35–64 år. Blant de eldre var den tilskrivbare andel stort sett lavere for kvinner enn for menn på grunn av forskjellige røykevaner. Et unntak var hjerneslag hvor vi fant en sterkere sammenheng med tobakksrøyking blant eldre kvinner enn blant eldre menn.

## **1 Innledning**

---

Formålet er å beregne hvor stor andel av sykkelighet/dødelighet i ett enkelt år som kan tilskrives tobakksrøyking i Norge. Dette gjøres for hele landet samlet og for enkeltfylker. Beregningene baseres på norske data eller data som vurderes som representative for norske forhold. Disse beregningene danner grunnlaget for økonomiske beregninger av sykehuskostnader ved Sintef NIS, Trondheim.



## 2 Materiale og metode

---

### 2.1 Tilskrivbar andel

Den tilskrivbare andel er et uttrykk for hvor mange færre tilfeller av ulike sykdommer vi ville ha forventet i ett enkelt år hvis ingen hadde røykt daglig, uttrykt i prosent av alle tilfeller i befolkningen. Denne andelen avhenger av hvor mange som røyker daglig eller har røykt daglig tidligere i befolkningen, og hvor mye større sykkelighet og dødelighet dagligrøykere og tidligere dagligrøykere har i forhold til dem som aldri har røykt daglig (relativ risiko). Videre er det en forutsetning at det er en årsakssammenheng mellom røyking og økt risiko for sykdom.

Følgende formel er brukt for tilskrivbar andel eller «smoking attributable fraction (SAF)» :

$$\text{SAF} = [p_0 + (p_1 * RR_1) + (p_2 * RR_2) - 1] / (p_0 + (p_1 * RR_1) + (p_2 * RR_2))$$

der

$p_0$  = forekomst (prevalens) av personer i befolkningen som aldri har røykt daglig

$p_1$  = forekomst av nåværende dagligrøykere i befolkningen

$p_2$  = forekomst av tidligere dagligrøykere i befolkningen

$RR_1$  = relativ risiko for dagligrøykere i forhold til aldri-røykere

$RR_2$  = relativ risiko for tidligere dagligrøykere i forhold til aldri-røykere

Med denne definisjonen grupperes av-og-til-røykere som aldri har røykt daglig og passive røykere sammen med aldrirøykerne. I denne rapporten studeres ikke sykkelighet og dødelighet knyttet til av-og-til-røyking eller passiv røyking.

Den samme formelen er brukt i en rekke amerikanske beregninger (2, 3). I litteraturen brukes begrepene tilskrivbar risiko, tilskrivbar andel, etiologisk fraksjon eller «population attributable risk» (1, 3–7). I Norge har vi store befolkningsundersøkelser der det er spurt om røykevaner. Ved å følge dødelighet og sykkelighet i disse undersøkelsene over tid, kan vi beregne relativ risiko forbundet med dagligrøyking og tidligere dagligrøyking.

### 2.2 Datagrunnlag for beregning av tilskrivbar andel

#### 4.2.2.1 Røykevaner

Data om røykevaner er hentet fra røykevaneundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå og Statens tobakksskaderåd (8) sammenholdt med data fra 40-åringundersøkelsene til Statens helseundersøkelser (9). Alle deltagere i røykevaneundersøkelsen er under 75 år. Vi har gjort noen enkle anslag på røykevaner blant de eldste ved å ekstrapolere fra røykevanene i yngre aldersklasser. Videre har vi sammenholdt dette med røykevanene i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995–97 (HUNT) (10).

Statens tobakksskaderåd deltar i Statistisk sentralbyrå's landsomfattende spørreundersøkelse fire ganger i året. Tre ganger stilles kun spørsmål om røykestatus (dagligrøyker, av-og-til røyker, ikke-røyker). Den fjerde gangen har man et bredt spørsmålsbatteri med blant annet spørsmål om tidligere røykevaner. For å få mest mulig presise estimater for andel dagligrøykere, har vi brukt data fra alle undersøkelsene for å beregne andel dagligrøykere og et intervall som angir hvor presise estimatene er (95 % konfidensintervall), mens

andel tidligere dagligrøykere er basert på datamaterialet fra undersøkelsene som er foretatt bare en gang per år. Svarprosenten i disse undersøkelsene lå på 65–70 %.

Fordi datagrunnlaget er for lite, gir ikke røykevaneundersøkelsen presise estimater for alders- og kjønns spesifikke røykevaner fordelt på fylker. Data fra 40-årsundersøkelsene gir mer presise estimater, men er begrenset til et snevert aldersspenn. I disse undersøkelsene varierte fremmøteprosenten fra 79 % blant kvinner og 69 % blant menn i Hordaland og Nord-Trøndelag i 1992–93, til 49 % blant menn og 59 % blant kvinner i Akershus i 1996–97.

Vi har valgt å bruke data fra røykevaneundersøkelsen til å beregne andel dagligrøykere og tidligere dagligrøykere, som kan inngå i beregning av tilskrivbar andel for hele landet. For å studere hva variasjon i røykevaner mellom fylkene betyr for tilskrivbar andel, har vi beregnet tilskrivbar andel for fylkene med den laveste og høyeste andel dagligrøykere i befolkningen. I disse beregningene har vi tatt utgangspunkt i røykevanene for hele landet i røykevaneundersøkelsen og justert disse ned og opp ved å anta at forholdet mellom andel dagligrøykere i fylkene og landsgjennomsnittet er den samme i alle aldersgrupper, dvs den samme som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.

Fylkesvise beregninger for alle fylkene som ligger under landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere, er presentert i appendiks.

#### **4.2.2.2 Relativ risiko**

I Norge har vi flere store befolkningsundersøkelser som gir grunnlag for å beregne relativ risiko forbundet med tobakksrøyking. Vi baserer oss delvis på publiserte arbeider og delvis på nye analyser.

For å kunne sammenligne ulike beregninger, presenteres både relativ risiko basert på sykkelighet og relativ risiko basert på dødelighet for kreft og for ischemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt mm) og cerebrovaskulære sykdommer (hjerneslag) blant middelaldrende. Men i beregningene av tilskrivbar andel er det relativ risiko for sykdom som inngår. For andre diagnoser har vi bare oppfølging med hensyn på dødelighet (hjerteinfarkt og hjerneslag blant eldre, andre hjertekarsykdommer og lungesykdommer). Data fra en tverrsnittsundersøkelse av hvor stor andel av kronisk obstruktiv lungesykdom i befolkningen som kan tilskrives røyking, vil også inngå.

Vi har basert oss på følgende studier/rapporter:

- *Hjerteinfarkt og hjerneslag sykkelighet, oppfølgingsstudier:*

Osloundersøkelsen 1972 (11, 12)

Finnmarksundersøkelsen 1974 (13, 14)

- *Kreft, oppfølgingsstudier:*

Nordisk rapport «Avoidable cancers» (15)

- *Dødelighet av en rekke sykdommer, oppfølgingsstudier:*

Osloundersøkelsen 1972 (11, 12)

Nord-Trøndelagsundersøkelsen 1984–86 (16)

Hjerte-karundersøkelser i Finnmark, Oppland og Sogn og Fjordane 1974–76 (17–19)

Hjerte-karundersøkelser blant 65–67-åringer i tre fylker 1989–92 (20)

– *Lungesykdommer, tverrsnittstudier:*

Hordalandsundersøkelsen (21)

De norske oppfølgingsstudiene karakteriseres ved godt fremmøte: Osloundersøkelsen 62 %, Hjertekarundersøkelsene i Finnmark, Oppland og Sogn og Fjordane 85 % blant menn og 91 % blant kvinner, Nord-Trøndelagsundersøkelsen 1984–86 86 % blant menn og 90 % blant kvinner, Hjertekarundersøkelsene blant 65–67-åringer 76 % blant menn og 79 % blant kvinner.

Det vil alltid være en viss variasjon i resultater fra ulike undersøkelser. Ved å sammenholde resultater fra flere undersøkelser, kan man få et mer presist estimat for relativ risiko. For de sykdommene der vi har data, sammenholder vi relativ risiko fra flere undersøkelser og finner fram til et samlet estimat for relativ risiko.

Siden utgangspunktet for oppdraget har vært tilsvarende analyser gjort i USA basert på en stor amerikansk undersøkelse, «American Cancer Society 50 State Study-Cancer Prevention Study II (CPS II)» (2), har vi valgt å sammenligne våre resultater med denne undersøkelsen.

### **2.3 Statistisk usikkerhet**

Røykevaner beregnet fra utvalgsundersøkelser og beregnet relativ risiko er forbundet med statistisk usikkerhet. For andel dagligrøykere og tidligere dagligrøykere og for relativ risiko er det beregnet 95 % konfidensintervall, som er et uttrykk for hvor presise estimatene er. For å studere hvilke utslag denne usikkerheten gir for tilskrivbar andel, har vi beregnet et lavt og et høyt estimat for tilskrivbar andel. I det lave estimatet inngår nedre grense for 95 % konfidensintervall for både andel dagligrøykere, tidligere dagligrøykere og for relativ risiko. Tilsvarende er gjort for høyt estimat. For relativ risiko for kreft er det ikke oppgitt noe 95 % konfidensintervall i den nordiske rapporten. For å se hva variasjon i relativ risiko mellom ulike oppfølgingsundersøkelser av kreft betyr for tilskrivbar andel, har vi gjort beregninger ved å legge inn relativ risiko for undersøkelsene med lavest og høyest relativ risiko presentert i nordisk krefttrapport (15).

### **2.4 Valg av diagnoser**

Vi har tatt utgangspunkt i diagnosene i rapporten fra den amerikanske helseministeren (2). Disse diagnosene er brukt i en rekke amerikanske beregninger. Formålet med vårt arbeid har vært å foreta tilsvarende beregninger med utgangspunkt i norske data. Vi gir ikke i denne rapporten en detaljert redegjørelse for valg av diagnoser eller begrunnelser for at det er en årsakssammenheng med røyking. Vi mangler foreløpig norske data om hvor stor andel av sykelighet hos nyfødte/små barn som kan tilskrives røyking. Dette er derfor ikke med i denne rapporten. Når det gjelder kreft, tar vi med diagnosene hvor det i den nordiske krefttrapporten (15) vurderes at det er en sikker sammenheng med tobakksrøyking. Dette er stort sett sammenfallende med rapporten fra den amerikanske helseministeren.

### 3 Resultater

---

#### 3.1 Røykevaner

I alder 35–64 år var dagligrøyking like vanlig blant menn og kvinner (tabell 4.3). Røykeandelen var lavere hos de eldre, og lavest blant eldre kvinner. Andel tidligere dagligrøykere varierte også med alder og kjønn, lavest hos eldre kvinner og høyest hos eldre menn (tabell 4.4).

Ved en enkel ekstrapolering anslår vi at andel dagligrøykere i den eldste aldersgruppen i 1995–98 var 25 prosent blant menn og 13 prosent blant kvinner, og andel tidligere dagligrøykere 55 prosent blant menn og 18 prosent blant kvinner (tabell 4.5). Dette er noe høyere enn det vi fant i Nord-Trøndelagsundersøkelsen. Der hadde over 80 prosent av kvinnene over 75 år aldri røykt daglig.

For årene 1995–98 inneholder røykevaneundersøkelsen fylkesvise data. Men datagrunnlaget for hvert enkelt fylke blir lite og usikkerheten til estimatene stor (tabell 4.6, 4.7). Akershus ligger lavest og Finnmark høyest i andel dagligrøykere.

I Statens helseundersøkelser 40-åringsundersøkelser for årene 1993–97 har også Finnmark den høyeste andel dagligrøykere for både menn og kvinner. Akershus ligger lavest for menn, mens Sogn og Fjordane ligger lavest for kvinner tett fulgt av Akershus (tabell 4.8). I 40-åringsundersøkelsene er datagrunnlaget større enn for røykevaneundersøkelsen og flere fylker kommer ut med en signifikant avvik fra landsgjennomsnittet.

#### 3.2 Relativ risiko som inngår i beregninger av tilskrivbar andel.

Tabell 4.9 viser våre estimater for relativ risiko, inkludert 95 % konfidensintervall. Tabell 4.10 viser i tillegg relativ risiko for kreft fra undersøkelsene med lavest og høyest relativ risiko i nordisk krefttrapport (15). Detaljer om hvordan vi har kommet fram til estimatene for relativ risiko, er beskrevet i punkt 3.6 nedenfor.

En relativ risiko for ischemisk hjertesykdom på 2,66 blant menn i alder 35–64 år betyr litt forenklet at dagligrøykende menn i denne aldersgruppen i gjennomsnitt har 2,66 ganger større sannsynlighet for å få hjerteinfarkt i løpet av et år enn menn som aldri har røykt. I alder over 65 år er sannsynligheten 1,69 ganger større blant dagligrøykere i forhold til aldrirøykere.

#### 3.3 Tilskrivbar andel. Hele landet

Tabell 4.11 viser tilskrivbar andel forbundet med tobakksrøyking under 75 år basert på røykevanene i tabell 4.3, 4.4 og relativ risiko fra tabell 4.9. Det er ikke lagt inn usikkerhetsmarginer for kreft i disse beregningene. Forskjellen mellom lavt og høyt estimat for tilskrivbar andel for kreft er derfor liten og skyldes bare usikkerheten til estimatene for røykevaner. For de andre diagnosene inngår både variasjon i relativ risiko og variasjon i røykevaner innenfor 95 % konfidensintervall. Forskjellen mellom lavt og høyt estimat blir derfor betydelig større.

Tilskrivbar andel for kvinner og menn er ganske lik under 65 år. For de eldre ligger tilskrivbar andel stort sett lavest for kvinnene. For eksempel kan 83 % av lungekrefttilfellene blant menn tilskrives egen tobakksrøyking, mens tallene for kvinner er 82 % under 65 år og 75 % i alder 65–74 år.

For viktige sykdommer som ischemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt mm) kan 40 % tilskrives røyking i alder 35–64 år, mens tilsvarende tall for aldersgruppen 65–74 år er 26 % blant menn og 17 % blant kvinner. Rundt 35 % av hjerneslagtilfellene under 65 år kan tilskrives røyking, mens 20 % av hjerneslagene blant kvinner i alder 65–74 år kan tilskrives røyking. For eldre menn er resultatene mer usikre for hjerneslag.

70–80 % av kronisk bronkitt, emfysem og annen kronisk obstruktiv lungesykdom kan i følge beregningene tilskrives røyking i alder 35–74 år. .

Tabell 4.12 viser hvordan tilskrivbar andel for ulike kreftformer varierer når relativ risiko varierer mellom anslått laveste og høyeste estimat fra ulike undersøkelser i nordisk kreft rapport som vist i tabell 4.10.

Vi har gjort tilsvarende beregninger for befolkningen over 75 år (tabell 4.13). Vi har anvendt samme relative risiko for de ulike sykdommene i denne aldersgruppen som for aldersgruppen 65–74 år. Alternativ 1 gir tilskrivbare andeler for menn som er på samme nivå som for aldersgruppen 65–74 år, mens tilskrivbar andel blant de eldste kvinnene er lavere enn i aldersgruppen 65–74 år. Ved å sammenligne alternativ 1 og 3 ser vi betydningen av å anvende røykevaner fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag istedenfor røykevaner ekstrapolert fra Røykevaneundersøkelsen. Blant kvinnene blir tilskrivbar andel betydelig lavere om vi benytter røykevaner fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Det laveste estimatet (Alt 2) fremkommer ved å anvende røykedata fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og relativ risiko lik nedre grense for 95 % konfidensintervall.

### **3.4 Tilskrivbar andel. Fylkesvise beregninger.**

Røykevanene varierer mellom fylkene (punkt 3.1). Tabell 4.14 viser hva denne variasjonen betyr for beregnet tilskrivbar andel. For kvinner under 65 år lå tilskrivbar risiko for ischemisk hjertesykdom på 40 % for landet, 38 % i Akershus og 46 % for Finnmark. Tilskrivbar andel for lungekreft blant menn i alder 35–64 år varierte fra 82 % i Akershus til 86 % i Finnmark. Generelt gir variasjon i røykevaner mellom fylkene lite utslag på beregnet tilskrivbar andel.

### **3.5 Antall tilfeller som kan tilskrives tobakksrøyking**

En høy tilskrivbar andel betyr lite hvis den aktuelle sykdommen er sjelden. Lungekreft, hjerteinfarkt, hjerneslag og kronisk obstruktiv lungesykdom forekommer hyppig i befolkningen. I 1995 var det 1882 lungekrefttilfeller. Av disse kan vel 1500 tilskrives røyking.

Hvert år skjer det omtrent 3500 dødsfall av ischemisk hjertesykdom under 75 år. Ved å anvende våre estimater for tilskrivbar andel kommer vi til at 1000 av disse dødsfallene kan tilskrives røyking. På tilsvarende måte kan knapt 200 dødsfall av hjerneslag under 75 år av totalt 1000 slagdødsfall i denne aldersgruppen tilskrives røyking. Hvis vi i tillegg ser på sykdomstilfeller og ikke bare dødsfall, blir antallene betydelig større. I Finnmarksundersøkelsen (22) forekom det 2 ikkefatale tilfeller per dødsfall av hjerteinfarkt og i en studie i Nord-Trøndelag (23) skjedde det 3 ikkefatale tilfeller av hjerneslag per dødsfall. Hvis vi legger dette til grunn, kan vi regne ut at 3000 tilfeller av ischemisk hjertesykdom og 800 tilfeller av hjerneslag under 75 år, årlig kan tilskrives tobakksrøyking.

Ved å anvende alternativ 1 for tilskrivbar andel for aldersgruppen 75 år og eldre (tabell 4.13), blir antall dødsfall av ischemisk hjertesykdom som kan tilskrives røyking 1200 av totalt 6000 dødsfall i denne aldersgruppen. Når det gjelder hjerneslag blir antallet rundt 400 av 4000 dødsfall.

I en studie i Hordaland (21) hadde 3,4 % av befolkningen i alder 35–54 år kronisk obstruktiv lungesykdom. I aldersgruppen 55–73 år var forekomsten 13,5 %. Hvis dette er representativt for Norge, kan vi regne med at 140000 personer har kronisk obstruktiv lungesykdom. Vi fant at 70–80 prosent av tilfellene kan tilskrives røyking, dvs rundt 100000 personer har kronisk obstruktiv lungesykdom som kan tilskrives tobakksrøyking i denne aldersgruppen.

### **3.6 Beregning av relativ risiko basert på norske/nordiske undersøkelser.**

I dette avsnittet vises hvordan vi har kommet fram til estimerer for relativ risiko for ulike sykdommer.

#### **4.3.6.1 Hjertekarsykdommer. Norske data**

Vi har basert beregningene på Osloundersøkelsen 1972, Finnmarksundersøkelsen 1974, hjerte-karundersøkelsene i Sogn og Fjordane og Oppland 1975–76, Nord-Trøndelagsundersøkelsen 1984–86, samt hjerte-karundersøkelsene blant 65–67-åringene i Møre og Romsdal, Hordaland og Nord-Trøndelag 1989–92 (tabell 4.15). Data fra Finnmarksundersøkelsen inngår i beregning av relativ risiko for sykkelighet. For dødelighet inngår Finnmarksundersøkelsen sammen med hjerte-karundersøkelsene i Oppland og Sogn og Fjordane.

Fordi relativ risiko for hjerteinfarkt og hjerneslag avtar med alder, har vi som i CPS II delt i alder under og over 65 år. Undersøkelsen i Oslo 1972, Finnmark 1974 og hjerte-karundersøkelsene i Oppland og Sogn og Fjordane 1975–76, hadde bare deltagere under 65 år, men i løpet av oppfølgingen ville en del nå alder opp mot og litt over 65 år. Hjerte-karundersøkelse for alder 65–67 år inngår i datagrunnlaget for relativ risiko over 65 år. Nord-Trøndelagsundersøkelsen hadde deltagere i alle aldersgrupper. Vi har delt inn i aldersgrupper 35–59 år og 60–74 år ved måling. Denne inndelingen stemmer bra med at oppnådd alder i løpet av oppfølgingen stort sett skal være mindre enn 65 år i den ene gruppen og over 65 år i den andre.

Deltagerne i de store befolkningsundersøkelsene er fulgt opp over mange år mhp sykkelighet og/eller dødelighet. Rater for sykkelighet og dødelighet i løpet av oppfølgingsperioden er relatert til røykevaner oppgitt ved undersøkelsen. Ratene for dagligrøykere og tidligere dagligrøykere sees i forhold til ratene for dem som aldri har røykt daglig. Ratene kan relateres til både alder ved måling, røykevaner og flere andre faktorer ved såkalte regresjonsmodeller. Vi har anvendt en modell som ofte anvendes i denne type analyse (Cox regresjonsmodell). Modellen tillater ratene å variere over tid. Modellen sier oss hvordan dødelighets- og sykkelighetsrater varierer med røykevaner og flere andre faktorer samtidig. Vi får da beregnet relativ risiko justert for de andre faktorene. Vi har justert for alder i alle våre analyser.

Analysene av sammenhengen mellom røyking og hjerteinfarkt i Finnmarksundersøkelsen er basert på deltagere som ikke tidligere har hatt

hjerterinfarkt eller hjerneslag. Blant Osloundersøkelsens menn i alder 40–49 år oppgav 6,6 % at de hadde eller hadde hatt hjerterinfarkt, hjerneslag, diabetes eller stod på blodtrykkssenkende medikamenter ved undersøkelsens start (tabell 4.15). Vi ser at denne andelen øker sterkt med alder, slik at den er mellom 35 % og 40 % i alder 60–74 år i Nord-Trøndelagsundersøkelsen. Gjennomsnittlig antall sigaretter varierer fra 10–15 blant dagligrøykerne. Andel av tidligere dagligrøykere som har sluttet for mer enn ett år siden ligger mellom 71 % blant kvinner i Finnmark og 94 % blant menn 65–67 år i hjerterkarundersøkelsene i Møre og Romsdal, Hordaland og Nord-Trøndelag.

Sammenhengen mellom røyking og dødelighet av hjerneslag er vist i tabell 4.16.

Vi har analysert de fire gruppene menn og kvinner under og over 65 år separat. De vektete estimatene er basert på et veiet gjennomsnitt av estimatene for de enkelte undersøkelsene. Relativ risiko varierte lite mellom undersøkelsene, og formelle tester viste ingen signifikante forskjeller. Det var en signifikant effekt av dagligrøyking under 65 år (relativ risiko var signifikant større enn 1, dvs konfidensintervallet inneholdt ikke 1), mens tidligere dagligrøykere ikke hadde signifikant overdødelighet av hjerneslag. Relativ risiko var ikke signifikant forskjellige for menn og kvinner under 65 år, og ble derfor slått sammen. For personer over 65 år fant vi en signifikant effekt av dagligrøyking bare blant kvinner, med en relativ risiko på 2,19 (konfidensintervall: 1,55–3,11), men ikke hos menn (relativ risiko på 1,36 (konfidensintervall: 0,95–1,96)).

Relativ risiko for dødelighet av hjerterinfarkt for dagligrøykere i forhold til aldrirøykere varierte lite mellom undersøkelsene (tabell 4.17). For menn under 65 år og for både menn og kvinner over 65 år varierte relativ risiko assosiert med tidligere dagligrøyking lite og ikke signifikant mellom undersøkelsene. Det var ingen effekt av tidligere dagligrøyking blant kvinner under 65 år i første hjerterkarundersøkelse i tre fylker, mens det var en klar effekt blant kvinner i samme aldersgruppe i Nord-Trøndelag. Kjikkvadrattesten viste at forskjellen er grense-signifikant på 5 % nivå. Vi kjenner ikke årsaken til denne forskjellen mellom undersøkelsene, og har valgt å bruke det vektete estimatet i videre analyser. Relativ risiko var ikke signifikant forskjellige for menn og kvinner, og ble derfor slått sammen. Dette gjelder både under og over 65 år.

Osloundersøkelsen og Finnmarksundersøkelsen inngår i beregning av relativ risiko for hjerterinfarkt og hjerneslag (tabell 4.18). Relativ risiko er nokså lik for menn i Finnmark og i Oslo. Bare Finnmark gir data for kvinner. Sammenholder vi tabellene 4.16–4.18, ser vi at relativ risiko for sykdom er lavere enn relativ risiko for dødelighet. Relativ risiko for sykdom vil inngå i beregninger av tilskrivbar andel under 65 år.

I tabell 4.19 sammenholder vi våre estimater for relativ risiko med estimater fra den amerikanske CPS II. For menn og kvinner under 65 år har vi beregnet at dagligrøykere hadde 2,37 ganger høyere risiko for hjerneslag enn aldri-røykerne. Relativ risiko for tidligere dagligrøykere var 1,29, men dette var ikke signifikant større enn 1. I de norske undersøkelsene var hjerneslag hos kvinner over 65 år sterkere assosiert med dagligrøyking enn for menn over 65 år, med en relativ risiko på 2,19 for kvinner og 1,36 for menn. Det var

det samme mønsteret både i hjerte-karundersøkelsen blant 65–67-åringene og i Nord-Trøndelagsundersøkelsen (tabell 4.16). Vi anvender derfor forskjellig relativ risiko for menn og kvinner over 65 år i videre beregninger av tilskrivbar andel. I CPS II var forholdet omvendt. Det var ingen signifikant sammenheng mellom tidligere dagligrøyking og risikoen for hjerneslag i de norske studiene. Under 65 år var relativ risiko for hjerneslag assosiert med dagligrøyking lavere i de norske undersøkelsene enn i CPS II. Over 65 år var relativ risiko for menn lavere og relativ risiko for kvinner høyere enn i CPS II.

Det var liten forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder relativ risiko for hjerteinfarkt. Vi baserer oss på et felles estimat i videre analyser. Dagligrøykere under 65 år hadde i gjennomsnitt 2,66 ganger høyere risiko enn aldri-røykerne. I alder over 65 år var estimatet på 1,69. Både over og under 65 år var det en signifikant høyere risiko blant tidligere dagligrøykere enn blant aldri-røykerne, med en relativ risiko på 1,35 for sykdom under 65 år og 1,32 for dødelighet over 65 år. For hjerteinfarkt lå relativ risiko basert på norske undersøkelser nær relativ risiko basert på CPS II.

Relativ risiko for annen hjertesykdom inkludert hypertensjon er basert på dødelighetsoppfølging av hjerte-karundersøkelsene i Oppland, Finnmark og Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelagsundersøkelsen (tabell 4.20). Et samlet estimat for menn og kvinner var lavere enn relativ risiko i CPS II-studien.

Relativ risiko for arteriosklerose, aortaaneurisme og andre arterielle sykdommer er på samme nivå i de norske som i den amerikanske studien (tabell 4.21).

#### **4.3.6.2 Lungesykdommer. Norske data**

I tabell 4.22 ser vi estimer for sammenhengen mellom røyking og dødelighet av kronisk obstruktiv lungesykdom. Det er for få dødsfall til å skille mellom menn og kvinner. Totalt sett hadde dagligrøykere 8,71 ganger større dødelighet av disse lungesykdommene enn aldri-røykerne. Dette er i overensstemmelse med data fra CPS II. Tidligere dagligrøykere hadde en relativ risiko på 4, som er noe lavere enn CPS II.

I en befolkningsundersøkelse i Hordaland ble det beregnet en odds ratio for sammenhengen mellom røyking og forekomst av kronisk obstruktiv lungesykdom (21). (Odds for å være syk er forholdet mellom andel syke og andel friske i befolkningen. Odds ratio er forholdet mellom odds for å være syk blant dagligrøykere/tidligere dagligrøykere og odds for å være syk blant dem som aldri har røykt daglig. Hvis andel syke er liten, vil odds ratio nesten være det samme som forholdet mellom andel syke i de to gruppene. I tverrsnittsundersøkelser der man ser på forekomsten av syke på et gitt tidspunkt, beregnes odds ratio. Denne inngår da i beregninger av tilskrivbar andel istedenfor relativ risiko (4)).

Oddsratioen forbundet med dagligrøyking var på 8 med et konfidensintervall fra 3,2 til 20, og for tidligere dagligrøyking på 4,1, konfidensintervall fra 1,6 til 10,8. Disse odds ratioene ligger nær opptil relativ risiko for dødelighet, men konfidensintervallet er noe bredere. I beregninger av tilskrivbar andel har vi benyttet relativ risiko basert på dødelighet.

Relativ risiko for død av andre lungesykdommer (lungebetennelse, influensa og bronkial astma) basert på hjerte-karundersøkelsene i tre fylker og



Nord-Trøndelagsundersøkelsen, lå på omtrent samme nivå som CPS II, med en relativ risiko på litt under 2 for dagligrøykere (tabell 4.23).

#### **4.3.6.3 Kreft. Norske/nordiske data**

I tabell 4.24 sammenlignes relativ risiko fra CPS II og relativ risiko fra nordisk rapport «Avoidable cancers» (15). Den nordiske rapporten er basert på sykkelighet, mens CPS II omhandler dødelighet. Stort sett er relative risikoer i den nordiske rapporten betydelig lavere enn relativ risiko i CPS II.

I tabell 4.25 har vi studert nærmere relativ risiko for lungekreft. Norske dødelighetsanalyser er i overensstemmelse med CPS II, mens de nordiske estimatene for sykkelighet er lavere.

Relativ risiko for død av bukspyttkjertelkreft er mer i overensstemmelse med de nordiske estimatene for sykkelighet (tabell 4.26).

De nordiske estimatene inngår i våre beregninger av tilskrivbar andel.

## **4 Diskusjon**

---

Det er gjort mange epidemiologiske undersøkelser av sammenhengen mellom røyking og ulike sykdommer. Det har vist seg at relativ risiko kan variere mellom undersøkelser. Dette kan skyldes varierende røykemønstre i forskjellige land, hvor lenge folk har røykt, hvor mye de røyker, type sigaretter, alder ved røykedebut, inhalasjonsmønster osv. Beregninger basert på internasjonale studier er ikke nødvendigvis representative for Norge. Beregninger av hvor stor andel av sykkelighet og dødelighet som kan tilskrives røyking, bør derfor baseres på oppfølgingsundersøkelser i den aktuelle befolkningen.

Med bakgrunn i flere store befolkningsundersøkelser i Norge kan vi estimere sammenhengen mellom røykevaner og sykkelighet og dødelighet av ulike sykdommer. Vi har delvis basert oss på beregninger i undersøkelser som ikke tidligere er analysert (Nord-Trøndelag 1984–86, hjerte-karundersøkelsen blant 65–67-åringer), delvis nye beregninger basert på lengre oppfølging av tidligere publiserte studier (hjerte-karundersøkelsene i tre fylker, Osloundersøkelsen) eller et litt større utvalg (Finnmark) enn det som er presentert tidligere. På den måten får vi litt mer presise estimater enn det som er presentert tidligere, og analysene er gjort på en slik måte at det har vært mulig å sammenholde resultatene fra de ulike undersøkelsene og beregne samleestimer.

Våre estimater for relativ risiko lå for det meste under relativ risiko i CPS II. Dette er i tråd med hva vi hadde forventet fordi amerikanerne har røykt mer og lenger enn nordmennene (24).

Når det gjelder kreft, har vi basert oss på en rapport som er utarbeidet av nordiske kreftforskere. De har også beregnet tilskrivbar andel for røyking. De har imidlertid i beregningene basert seg på røykevaner 15 år tidligere. Begrunnelsen er at det tar lang tid å utvikle kreft. Når vi har brukt nåværende røykevaner, betyr det at hvis røykeandelen har gått ned, vil vi underestimere tilskrivbar andel, omvendt hvis den har gått opp. Dette betyr at tilskrivbar andel for kvinner er lavere i våre beregninger enn i den nordiske rapporten, og høyere for menn. Totalt sett betyr dette lite.

I den nordiske rapporten presenteres relativ risiko etter doseindikator, dvs antall sigaretter, mens vi har beregnet en felles relativ risiko for dagligrøykere. Vi har gjort den forenkling at vi antar at alle dagligrøykere røykte 10–19 sigaretter, og har brukt relativ risiko for denne doseindikator i våre analyser. Gjennomsnittlig doseindikator i oppfølgingsstudiene vi har studert, lå på 10–15 sigaretter, og mer detaljerte data fra røykevaneundersøkelsen og 40-åringsundersøkelsene viste at det var flest som oppgav at de røykte 10–19 sigaretter, og det var om lag like mange som røykte mindre og like mange som røykte mer enn dette. En slik forenkling har neppe ført til noen systematiske feil av betydning i våre analyser.

Valg av relativ risiko som inngår, er av stor betydning for beregningene av tilskrivbar andel. Relativ risiko i den nordiske kreft rapporten lå betydelig lavere enn i CPS II. Noe av forklaringen kan ligge i forskjellen i røykemønster i nordiske land og USA. Et annet forhold er at CPS II var basert på dødelighet, mens den nordiske rapporten var basert på sykkelighet. Hvis tobakksrøyking har betydning for dødeligheten blant dem som har fått sykdommen (letaliteten av sykdommen), kan det medføre at den blir en sterkere risikofaktor for dødelighet enn for sykkelighet. For kreftformer med høy dødelighet (letalitet), som lungekreft og kreft i bukspyttkjertelen, kan dette siste neppe være den fulle forklaring.

Enkeltstudier gir forskjellige resultater. I den nordiske kreft rapporten er det illustrert hvordan sammenhengen med røyking varierer mellom undersøkelsene og hvordan man har basert seg på et middelestimat. Dette har vi også antydnet i tabell 4.10, der vi har anslått laveste og høyeste estimat fra de ulike undersøkelser i den nordiske rapporten. CPS II og de norske dødelighetssanalysene kan ha gitt resultater i det øvre området.

Relativ risiko avhenger av antall sigaretter. Gjennomsnittlig forbruk i USA har vært høyere enn i Norge, derfor vil røykere i USA ha en høyere relativ risiko enn røykere i Norge. Dette støttes av at lungekreftinsidensen i den amerikanske befolkning er opp mot den dobbelte av den for norske menn.

Lengden av oppfølgingen kan også ha hatt en viss betydning. CPS II er basert på en oppfølging på 4 år. Dette er kortere enn i mange av studiene i den nordiske kreft rapporten og kan ha betydning for resultatet med de rådende trender i røykemønsteret. Undersøkelsene som inngår i våre beregninger av dødelighet av lungekreft og bukspyttkjertelkreft har imidlertid lengre oppfølging.

For enkelte av kreftgruppene dvs 1) leppe, munnhule og svelg, 2) spiserør og 3) strupe, er bruk av alkohol en kjent risikofaktor. I den nordiske studien baserte en seg bare på studier der en kunne justere for dette i estimatene for røyking. I CPS II er det ikke justert for alkoholvaner. Det kan føre til overestimer for effektene av røyking p.g.a. den nære sammenhengen mellom bruk av alkohol og tobakk i mange befolkninger.

Kreftregisteret gjennomfører mange studier av krefthyppighet i spesielle yrkesbefolkninger. Hvis det er mulig, kartlegger en individuell bruk av tobakk i disse gruppene, fordi bruk av tobakk kan være en «confounder» når en skal undersøke effekten av yrkesmessige eksponeringer. Estimaterne i den nordiske publikasjonen er i god overensstemmelse med hva som er observert i disse studiene.

I den nordiske kreft rapporten ble det presentert samme relative risiko for alle aldre og for menn og kvinner. For f.eks. lungekreft er dette ikke riktig. En relativ risiko for en 40-årig røyker er mindre enn relativ risiko for en 65-årig røyker. Denne forenklingen har neppe ført til store skjevheter i beregnet tilskrivbar andel.

Et poeng i analysen av røykingens effekt er den voksende gruppe av tidligere røykere. Denne er antagelig blitt viktigere med årene og vi vet ikke så mye om effekten av deres tidligere vane som vi vet om røykerne. Et problem er også om «tidligere røykere» i dag er det samme som for 20 år siden. Når en ser den voksende gruppe av «avogtil-røykere» kan en lure på hva «tidligere røyker» blir om 10–20 år. I våre beregninger er «avogtil-røykere» gruppert sammen med aldrirøykerne i røykevaneundersøkelsen. I oppfølgingsstudiene var det ikke spørsmål om avogtil røyking, bare dagligrøyking, om man røyker daglig nå og om man har røykt daglig tidligere. Dette betyr at vi ikke kan være helt sikre på hvordan avogtil-røykerne svarte i disse studiene. På den annen side var avogtil-røyking mindre vanlig på den tiden. Når vi ved beregning av tilskrivbar andel grupperer avogtil-røykerne sammen med aldri-røykerne, blir betydningen av røyking i befolkningen undervurdert. Det samme gjelder når vi grupperer passive røykere som aldri selv har røykt daglig, sammen med aldrirøykerne.

Vi har gjort noen regneeksempler for å illustrere hva effekten av «passiv røyking» og «avogtil-røyking» kan bety for den tilskrivbare andel for lungekreft: Det er anslått at relativ risiko forbundet med passiv røyking kan ligge rundt 1,24. Som et regneeksempel antar vi at 10 % av mennene i alder 35–64 år er passive røykere, mens 22 % er sanne aldrirøykere. Da vil beregnet tilskrivbar andel øke fra 83 % til 84 % blant menn. Hvis dette regnestykket er realistisk, vil den tallmessige betydningen av passiv røyking være liten. Hvis vi antar at 10 % er av-og-til-røykere med en relativ risiko i forhold til sanne aldrirøykere på 3, og at andel dagligrøykere og tidligere dagligrøykere er uendret, vil tilskrivbar andel øke fra 83 % til 90 %. Hvis den relative risiko er 2, vil den tilskrivbare andel øke fra 83 % til 87 % hvis vi tar med av-og-til-røyking. Andel avogtil-røykere i røykevaneundersøkelsen har gjennom mange år ligget rundt 10 %, men har i de siste årene vist en økning. Den tallmessige betydningen av av-og-til-røyking for tilskrivbar andel vil avhenge av størrelsen på den relative risiko, som vi ikke kjenner.

Røykevaner som inngår i beregningene, er basert på røykevaneundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå og Statens tobakksskaderåd og Statens helseundersøkelsers 40-åringsundersøkelser. Akerhus hadde den laveste andelen dagligrøykere. I 40-åringsundersøkelsene hadde Akershus også det laveste fremmøte. Dette kan ha påvirket estimatene. På tilsvarende måte kan svarprosenten i røykevaneundersøkelsen ha påvirket beregnet andel dagligrøykere og tidligere dagligrøykere.

Variasjon i røykevaner mellom fylkene hadde relativt liten innflytelse på variasjon i tilskrivbar andel mellom fylkene. Denne variasjonen betyr mindre enn den usikkerheten som ligger i estimatene for relativ risiko. Ved å legge inn laveste og høyeste estimat i 95 % konfidensintervall for relativ risiko og prevalens av røykevaner for hele landet, får vi større forskjell i tilskrivbar andel enn

forskjellen mellom tilskrivbar andel i fylket med lavest (Akershus) og høyest andel dagligrøykere (Finnmark).

Beregningene av relativ risiko og tilskrivbar andel er basert på observasjonsstudier. Når det gjelder denne typen studier, kan man alltid stille spørsmålet om de observerte sammenhengene mellom røyking og ulike sykdommer skyldes røykingen eller om det skyldes at røykerne for øvrig har en annen livsstil eller miljø enn ikke-røykerne. Personer med lav utdanning og lav inntekt er oftere røykere, er mindre fysisk aktive, er oftere overvektige og følger sjeldnere rådene om sunt kosthold (25). Røyking har sammenheng med sosioøkonomi. Man kan derfor reise spørsmål om det er grunn til å anta at røykerne har en annen og mer helseskadelig livsstil selv uten tobakken. Drikker de gjennomgående mer alkohol, er mindre fysisk aktive, er utsatt for mer luftforurensning, har dårligere ernæring osv? I hvilken grad er såkalte konfunderende faktorer årsak til de observerte sammenhengene? Når det gjelder visse kreftformer, er det vist at alkohol er en slik faktor. For de aktuelle kreftformer, er relativ risiko justert for alkoholvaner. Når det gjelder hjerteinfarkt og hjerneslag, har vi basert oss på relativ risiko som kun er justert for alder. Vi har imidlertid også gjort analyser der vi har justert for kjente risikofaktorer, som blodtrykk og serum total kolesterol, uten at dette har endret relativ risiko av betydning (18, 19). I tillegg har vi gjort levetidsanalyser av en oppfølging av de tre hjerte-karundersøkelsene i 1974–76 ut 1992, der vi i tillegg har justert for utdanningens lengde og inntekt. Heller ikke dette gav noe vesentlig utslag på relativ risiko for dødelighet av hjerneslag, hjerteinfarkt eller kronisk obstruktiv lungesykdom (ikke vist).

Relativ risiko i observasjonsstudiene er relatert til røykevaner oppgitt ved undersøkelsen ved start av oppfølgingene. Deltagerne i studiene kan ha endret røykevaner i oppfølgingsperioden. Dette kan ha gitt en underestimering av sammenhengen mellom røykevaner og risiko for sykdom eller død.

Tilskrivbar andel sier hvor stor andel av tilfellene av ulike sykdommer vi teoretisk ville ha unngått hvis det ikke hadde vært noen røyking. Men det er ikke godt å vite hvor mange tilfeller som er totalt unngått og hvor mange som er utsatte tilfeller (4). Et eksempel på det første kan være lungekreft, som forekommer veldig sjelden blant aldrirøykere. Det er sannsynlig at de fleste lungekrefttilfellene totalt ville ha vært unngått hvis folk ikke hadde røykt. Det er ikke godt å si om et hjerteinfarkttilfelle hos en røyker ville ha vært unngått eller bare blitt utsatt hvis personen ikke hadde røykt. Det er mange faktorer som virker sammen på risikoen for å få hjerteinfarkt. I våre analyser har vi definert tilskrivbar andel over et tidsintervall på ett år. Vi ser ikke på hva som vil skje over en lengre tidsperiode, hvor mange av tilfellene som ville ha kommet igjen senere.

For beregninger av tilskrivbar andel i aldersgruppen 75 år og eldre, mangler vi landsrepresentative data om røykevaner. For å kunne komme med noen anslag for de eldste, har vi foretatt enkel ekstrapolering fra røykevaner i yngre aldersklasser og sett dette i forhold til røykevaner i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995–97. Datagrunnlaget er ikke godt nok til fylkesvise beregninger, så beregningene må betraktes som gjennomsnittsberegninger for hele landet. Et annet forhold er at befolkningsundersøkelsene av sammenhengen mellom røyking og ulike sykdommer stort sett er beg-

renset til eldre under 74 år. Det er ikke opplagt at den relativ risiko for ulike sykdommer er den samme i aldersgruppen 75 år og over som i gruppen 65–74 år. På den ene siden kan man tenke seg at det blant røykere som har overlevd til høy alder, finnes en større andel som tåler røyking bedre enn andre (selektiv overlevelse). På den annen side finner vi blant de eldre flere personer som har røykt lenge, og som dermed kan ha en større røykerelatert relativ risiko enn i yngre aldersklasser. Et poeng er videre at i høyere aldre er problemet med konkurrerende risiko av større betydning enn i yngre aldersgrupper.

Formålet med dette arbeidet har vært å danne grunnlag for beregninger av hvor stor andel av sykehuskostnader som kan tilskrives røyking. Dette beregnes ved å gå veien om andel av ulike sykdomstilfeller og dødsfall av ulike årsaker som kan tilskrives røyking. Behandling av sykdommer koster, selv om utfallet ikke er dødelig. Det synes mer rasjonelt å basere seg på sykkelighet enn på dødelighet i beregninger av tilskrivbar andel. Vi har derfor basert oss på sykkelighet/insidens der vi har slike data. For kroniske lungesykdommer, som man lever med i mange år, kan det like gjerne være antall som har sykdommen i ett enkelt år, og ikke antall nye tilfeller av sykdommen, som er av betydning for sykehusutgiftene. Data fra tverssnittsstudier er derfor gjengitt. Odds ratio fra Hordalandsundersøkelsen og relativ risiko basert på dødelighet viste seg imidlertid å være ganske like. For hjerteinfarkt og hjerneslag var relativ risiko basert på insidens litt lavere enn for dødelighet, men forskjellene var små.

I dette arbeidet har vi lagt inn variasjon i relativ risiko og røykevaner tilsvarende 95 % konfidensintervall. I den nordiske kreftrapporten var det ikke oppgitt konfidensintervaller for relativ risiko. Hvis vi bare varierer røykevaner, blir variasjonen i tilskrivbar andel liten, slik det ble illustrert i tabell 4.11 for hele landet. For hjertekarsykdommer og lungesykdommer la vi inn variasjon i relativ risiko svarende til 95 % konfidensintervall. Vi ser at det påvirker resultatet mye om vi velger relativ risiko i nedre eller øvre grense for konfidensintervallet. For å illustrere betydningen av å velge relativ risiko fra ulike studier for kreft, beregnet vi lavt og høyt estimat for tilskrivbar risiko basert på studiene med laveste og høyeste relative risiko. Det viste seg å være stor forskjell mellom laveste og høyeste tilskrivbare andel avhengig av hvilke studier vi baserte oss på. Valg av studier og hvor presise de estimerte relative risikoene er, er av større betydning enn variasjonen mellom fylkene i røykevanemønster for størrelsen på tilskrivbare andeler.

I dette arbeidet har vi begrenset oss til kreft, hjertekarsykdommer og lungesykdommer. Data om røykevaner blant gravide og sammenhengen mellom røykevaner og tilstander for nyfødte/små barn er ikke med fordi vi mangler norske data. Undersøkelser har vist at røyking kan føre til økt risiko for andre sykdommer, som for eksempel lårhalsbrudd (1), men dette er ikke med i rapporten. Vi har heller ikke studert passiv røyking.

I denne rapporten har vi beregnet hvor stor andel av ulike kreftsykdommer, hjerte-karsykdommer og lungesykdommer i Norge som kan tilskrives røyking. Vi kan konkludere at en stor andel av sykkelighet og dødelighet i befolkningen kan tilskrives tobakksrøyking.

## Referanser

1. Forsén L. Kjønnforskjeller i andelen lårhalsbrudd tilskrevet røykevaner: Tilskrivbar andel, et nyttig begrep innen forebyggende helsearbeid, men ikke uten reservasjoner. *Norsk Epidemiologi* 1999; 9:173–6.
2. Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress . A report of the Surgeon General 1989. DHHS Publication No (CDC) 89–8411. 1989. Rockville, Maryland :U.S. Department of Health and Human Services, 1989.
3. Ringen K. *Erfaringer fra rettsoppgjørene mot tobakksindustrien i USA: Beregningemodeller for erstatning av helsekostnader. Foredrag ved Institutt for sosialrett, Universitetet i Oslo 1.februar 1999. (Upublisert)*
4. Kjuus, H. Etiologisk fraksjon som mål for forebyggbar sykdom. HD 1074/96 FOU. Oslo, Statens arbeidsmiljøinstitutt 1996.
5. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Measures of potential impact and summary of the measures. In: Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H, eds. *Epidemiologic Research. Principles and quantitative methods* . Van Nostrand Reinhold, 1982;160–180.
6. Walter SD. Calculation of attributable risks from epidemiological data. *Int J Epidemiol* 1978; 7:175–182.
7. Walter SD. Attributable risk in practice. *Am J Epidemiol* 1998; 148:411–413.
8. Tobakksbruk og holdninger i Norge- utviklingen 1973–95. Oslo, Statens tobakksskaderåd 1996.
9. Helseundersøkelsen i Oppland- sjette runde. Hjerte-saken. Rapport om hjerte-karundersøkelsen. Skåra, BB, ed. Oslo, Statens helseundersøkelser 1998.
10. Midthjell K, Krüger Ø, Holmen J, Tverdal A. Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes in an adult Norwegian population. *Diabetes Care* 1999; 22 :1813–1820.
11. Håheim LL, Holme I, Hjermann I, Leren P. The predictability of risk factors with respect to incidence and mortality of myocardial infarction and total mortality. A 12-year follow-up of the Oslo Study, Norway. *J Intern Med* 1993; 234 :17–24.
12. Håheim LL, Holme I, Hjermann I, Leren P. Smoking habits and risk of fatal stroke: 18 years follow-up of the Oslo study. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50 :621–624.
13. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Body height, cardiovascular risk factors, and risk of stroke in middle-aged men and women. A 14-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 94 :2877–2882.
14. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up for the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 93 :450–6.
15. Olsen JH, Andersen A, Dreyer L, et al. Avoidable cancers in the Nordic countries. *Acta Pathologica, Microbiologica et Immunologica Scandinavica* 1997; 105 :9–47.
16. Holmen J, Midthjell K. et al. The Nord-Trøndelag Health Survey 1984–86. Purpose, background and methods. Participation, non-participation and frequency distribution. No 4: 1–257. Verdal. Senter for samfunnsmedi-

- sinsk forskning, Folkehelsa 1990.
17. Tverdal A, Thelle DS, Stensvold I, Leren P, Bjartveit K. Mortality in relation to smoking history: 13 years' follow-up of 68,000 Norwegian men and women 35–49 years. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:475–487.
  18. Tverdal A. Røyking og hjerte-kardødelighet. *Norsk Epidemiologi* 1995; 5:115–20.
  19. Tverdal A. Calculation of risk for the development of acute myocardial infarction in the normal population based on long-term follow-up studies: smokers compared with non-smokers. *Journal of Cardiovascular Risk* 1999; 6:287–291.
  20. National Health Screening Service, Health Services of Nord-Trøndelag County, Ullevål Hospital Central Laboratory, and Institute of Community Medicine, University of Tromsø. The cardiovascular disease survey in Nord-Trøndelag 1989. Oslo, Norway, National Health Screening Service 1989.
  21. Bakke PS, Baste V, Hanao R, Gulsvik A. Prevalence of obstructive lung disease in a general population: relation to occupational title and exposure to some airborne agents. *Thorax* 1991; 46:863–870.
  22. Njølstad I, Arnesen E. Preinfarction blood pressure and smoking are determinants for a fatal outcome of myocardial infarction: a prospective analysis from the Finnmark Study. *Arch Intern Med* 1998; 158:1326–1332.
  23. Ellekjær H, Holmen J, Indredavik B, Terent A. Epidemiology of stroke in Innherred, Norway, 1994 to 1996. Incidence and 30-day case-fatality rate. *Stroke* 1997; 28:2180–2184.
  24. Sanner T. Hva koster sigarettøykingen samfunnet? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1991; 28:3420–3422.
  25. Kvaavik E, Meyer HE, Selmer R, Egeland G, Tverdal A. Kostvaner i Hedmark, i forhold til kjønn, utdanning og sivilstand. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1999; 23:3406–3409.

**Tabell 4.1: Røykevaner i Norge 1995–98. Røykevaneundersøkelsen. Statistisk sentralbyrå og Statens tobakkskaderåd. Prosent**

Alder	Dagligrøyker		Tidligere dagligrøyker	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
35–64	35	34	33	27
65–74	29	19	48	23
(75+	25	(Ekstrapolerte data) 13	55	18)

**Tabell 4.2: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Estimater for relativ risiko basert på norske/nordiske data. Røykevaner fra røykevaneundersøkelsen 1995–98. Statistisk sentralbyrå/ Statens tobakksskaderåd. Tilskrivbar andel for alder 75+ år er basert på ekstrapolerte røykevanedata og samme relative risiko som for alder 65–74 år. Hele landet**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Relativ risiko		Tilskrive	Tilskrives
			Daglig røyking	Tidligere røyking	s røyking Menn (%)	røyking Kvinner (%)
<i>Kreft</i>						
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35–64	2,9	2,0	49,9	48,1
		65–74(75+)			50,550,9	37,2 29,9)
Spiserør (øsofagus)	150	35–64	3,4	2,0	53,9	52,3
		65–74(75+)			53,753,7	40,8 33,0)
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35–64	1,6	1,0	17,3	17,1
		65–74(75+)			14,613,8	10,37,2)
Strupe (larynx)	161	35–64	5,4	2,5	67,0	65,8
		65–74(75+)			66,365,9	54,3 45,7)
Lufttrør, bronkier, lunger	162	35–64	11,5	5,0	83,3	82,5
		65–74(75+)			83,182,9	74,6 67,6)
Urinblære	188	35–64	2,5	1,5	40,8	39,5
		65–74(75+)			40,039,8	28,7 22,2)
Nyre	189	35–64	1,5	1,0	14,8	14,7
		65–74(75+)			12,511,9	8,8 6,1)
<i>Hjerte-karsykdommer</i>						
Hypertensjon	401–404	35–64	1,58	1,20	21,2	20,3
		65–74(75+)			20,720,9	13,6 10,0)
Ischemisk hjertesykdom	410–414	35–64	2,66	1,35	41,0	40,0
		65–74(75+)	1,69	1,32	25,926,4	17,1 12,8)
Annen hjertesykdom	390–398, 415–417, 420–429	35–6465–74(75+	1,58	1,20	21,220,7 20,9	20,313,6 10,0)



**Tabell 4.2: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Estimater for relativ risiko basert på norske/nordiske data. Røykevaner fra røykevaneundersøkelsen 1995–98. Statistisk sentralbyrå/ Statens tobakksskaderåd. Tilskrivbar andel for alder 75+ år er basert på ekstrapolerte røykevanedata og samme relative risiko som for alder 65–74 år. Hele landet**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Relativ risiko		Tilskrive	Tilskrives
			Daglig røyking	Tidligere røyking	s røyking Menn (%)	røyking Kvinner (%)
Cerebrovaskulære sykdommer	430–438	35–64	2,37	1,29	36,5	35,5
		65–74				
		Menn	1,36	0,89	4,8	
		Kvinner	2,19	1,19	3,8	21,4 13,1)
		75+ Menn- Kvinner	1,362,1 9	0,891,19		
Arteriosklerose	440	35–64	4,11	1,00	52,0	51,7
		65– 74(75+)			47,044,1	37,428,8)
Aortaaneurisme	441	35–64	4,11	1,00	52,0	51,7
		65– 74(75+)			47,044,1	37,428,8)
Andre arterielle sykdommer	442–448	35–64	4,11	1,00	52,0	51,7
		65– 74(75+)			47,044,1	37,428,8)
<i>Lungesykdommer</i>						
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480–487	35–64	1,82	1,27	27,3	26,2
		65– 74(75+)			26,626,7	18,013,4)
Kronisk bronkitt, emfysem	491–492	35–64	8,71	3,97	78,6	77,6
		65– 74(75+)			78,378,1	68,460,6)
Kronisk obstruktiv lungesykdom (ikke spesifisert andre steder)	496	35–64	8,71	3,97	78,6	77,6
		65–74 (75+)			78,3 78,1	68,4 60,6)
Bronkial astma	493	35-64 65- 74 (75+)	1,82	1,27	27,3 26,6 26,7	26,2 18,0 13,4)

**Tabell 4.3: Andel dagligrøykere i Norge 1995–98. Data fra røykevaneundersøkelsen foretatt 4 ganger i året. Statistisk sentralbyrå og Statens tobakksskaderåd. Prosent**

Alder/kjønn	Dagligrøyker	n	Andel	95 % konfidensintervall	
Menn					
35–64	1627	4666	35	33	36
65–74	266	933	29	26	31
Kvinner					
35–64	1584	4610	34	33	36
65–74	172	895	19	17	22

**Tabell 4.4: Andel tidligere dagligrøykere i Norge 1995–98. Data fra den utvidede røykevaneundersøkelsen foretatt en gang i året. Statistisk sentralbyrå og Statens tobakksskaderåd. Prosent**

Alder/kjønn	Tidligere dagligrøyker	n	Andel	95 % konfidensintervall	
Menn					
35–64	450	1357	33	31	36
65–74	129	270	48	42	54
Kvinner					
35–64	364	1330	27	25	30
65–74	61	267	23	18	28

**Tabell 4.5: Røykevaner blant de eldste over 75 år. Ekstrapolert fra røykevaneundersøkelsen 1995–98 (Statistisk sentralbyrå/Statens tobakksskaderåd) og data fra Nord-Trøndelagsundersøkelsen 1995-97 (HUNT)**

	Aldrirøyker	Tidligere dagligrøyker	Daglig røyker
Ekstrapolert fra røykevaneundersøkelsen:			
Menn	21	55	25
Kvinner	69	18	13
Nord-Trøndelagsundersøkelsen 1995–97:			
Menn	33	45	22
Kvinner	84	8	8

**Tabell 4.6: Dagligrøyking blant menn i røykevaneundersøkelsen 1995–98. Statistisk sentralb-  
yrå og Statens tobakksskaderåd. Andel dagligrøykere. Prosent**

Fylke	35–64 år		65–74 år		35–74 år		Andel daglig- røykere	95 % konfidensintervall		
	n	Røyker daglig	n	Røyk- er dagli- g	n	Røyke- r dagli- g				
1	Østfold	242	78	55	15	297	93	31	26	37
2	Akershus	527	155	97	19	624	174	28*	24	31
3	Oslo	456	142	85	26	541	168	31	27	35
4	Hedmark	173	64	34	7	207	71	34	28	41
5	Oppland	206	69	52	16	258	85	33	27	39
6	Buskerud	267	90	47	12	314	102	32	27	38
7	Vestfold	226	86	51	10	277	96	35	29	40
8	Telemark	181	65	46	17	227	82	36	30	43
9	Aust-Agder	105	43	16	5	121	48	40	31	49
10	Vest-Agder	172	70	33	13	205	83	40	34	47
11	Rogaland	399	150	61	13	460	163	35	31	40
12	Hordaland	474	182	90	32	564	214	38	34	42
14	Sogn og Fjordane	97	28	24	10	121	38	31	23	40
15	Møre og Romsdal	248	79	57	17	305	96	31	26	37
16	Sør-Trøndelag	268	92	63	14	331	106	32	27	37
17	Nord-Trøndelag	154	53	28	8	182	61	34	26	41
18	Nordland	264	105	56	15	320	120	38	32	43
19	Troms	143	48	21	9	164	57	35	27	42
20	Finnmark	64	28	17	8	81	36	44	33	56
	Hele landet	4666	1627	933	266	5599	1893	34	33	35

\* Signifikant avvik fra gjennomsnittet for landet,  $p < 0,05$

**Tabell 4.7: Dagligrøyking blant kvinner i røykevaneundersøkelsen 1995–98. Statistisk sentralbyrå og Statens tobakksskaderåd. Andel dagligrøykere. Prosent**

Fylke	35–64 år		65–74 år		35–74 år		Andel daglig- røykere	95 % konfiden- sintervall	
	n	Røyker daglig	n	Røyke- r daglig	n	Røyke- r daglig			
1	Østfold	260	83	55	10	315	93	30	24 35
2	Akershus	467	129	81	23	548	152	28	24 32
3	Oslo	440	140	90	17	530	157	30	26 34
4	Hedmark	190	74	64	15	254	89	35	29 41
5	Oppland	225	82	34	2	259	84	32	27 38
6	Buskerud	265	87	42	9	307	96	31	26 37
7	Vestfold	218	73	43	8	261	81	31	25 37
8	Telemark	170	58	42	5	212	63	30	23 36
9	Aust-Agder	100	33	13	3	113	36	32	23 41
10	Vest-Agder	162	62	27	4	189	66	35	28 42
11	Rogaland	396	138	62	9	458	147	32	28 37
12	Hordaland	445	145	69	11	514	156	30	26 34
14	Sogn og Fjordane	122	45	23	0	145	45	31	23 39
15	Møre og Romsdal	235	73	65	12	300	85	28	23 34
16	Sør-Trøndelag	284	115	46	13	330	128	39	33 44
17	Nord-Trøndelag	154	57	35	6	189	63	33	26 40
18	Nordland	261	100	54	14	315	114	36	31 42
19	Troms	153	60	41	8	194	68	35	28 42
20	Finnmark	63	30	9	3	72	33	46*	34 58
	Hele landet	4610	1584	895	172	5505	1756	32	31 33

\* Signifikant avvik fra gjennomsnittet for landet,  $p < 0,05$ **Tabell 4.8: Dagligrøyking blant menn og kvinner i Statens helseundersøkelser 40-åringsundersøkelser 1993–97. Andel dagligrøykere. Prosent**

	Fylke	n	Røyker daglig	Andel dagligrøykere	95 % konfidensintervall	
Menn						
1	Østfold	3438	1500	44*	42	45
2	Akershus	5088	1666	33*	31	34
3	Oslo	-	-	-	-	-
4	Hedmark	2330	904	39	37	41
5	Oppland	2521	921	37	35	38

**Tabell 4.8: Dagligrøyking blant menn og kvinner i Statens helseundersøkelser 40-åringsundersøkelser 1993–97. Andel dagligrøykere. Prosent**

	Fylke	n	Røyker daglig	Andel dagligrøykere	95 % konfidensintervall	
6	Buskerud	2934	999	34*	32	36
7	Vestfold	2662	1092	41	39	43
8	Telemark	2080	861	41	39	44
9	Aust-Agder	1195	444	37	34	40
10	Vest-Agder	1860	715	38	36	41
11	Rogaland	4560	1634	36*	34	37
12	Hordaland	6157	2522	41*	40	42
14	Sogn og Fjordane	1601	608	38	36	40
15	Møre og Romsdal	3367	1216	36	34	38
16	Sør-Trøndelag	3463	1247	36*	34	38
17	Nord-Trøndelag	1915	697	36	34	39
18	Nordland	3603	1462	41	39	42
19	Troms	1218	484	40	37	43
20	Finnmark	918	448	49*	46	52
	Total	50910	19420	38	38	39
Kvinner						
1	Østfold	3804	1553	41	39	42
2	Akershus	5979	2039	34*	33	35
3	Oslo	-	-	-	-	-
4	Hedmark	2709	1109	41	39	43
5	Oppland	2685	1078	40	38	42
6	Buskerud	3370	1252	37	36	39
7	Vestfold	3122	1323	42*	41	44
8	Telemark	2333	933	40	38	42
9	Aust-Agder	1485	531	36*	33	38
10	Vest-Agder	2086	758	36*	34	38
11	Rogaland	4971	1739	35*	34	36
12	Hordaland	6535	2512	38	37	40
14	Sogn og Fjordane	1665	547	33*	31	35
15	Møre og Romsdal	3795	1512	40	38	41
16	Sør-Trøndelag	3774	1556	41	40	43
17	Nord-Trøndelag	2060	875	42	40	45
18	Nordland	3768	1705	45*	44	47
19	Troms	1319	566	43	40	46
20	Finnmark	1005	524	52*	49	55
	Total	56465	22112	39	39	40

\* Signifikant avvik fra gjennomsnittet for landet,  $p < 0,05$

**Tabell 4.9: Relativ risiko (RR) for ulike røykerelaterte sykdommer, for dagligrøykere og tidligere røykere i forhold til aldriøykere, menn og kvinner\*. Våre estimater basert på norske/nordiske undersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alde r	Dagligrøyker			Tidligere røyker		
			RR	95 % konfidensint ervall		RR	95 % konfidensinterv all	
<i>Kreft</i>								
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35+	2,9	Ikke oppgit- tlkke oppgit- tlkke		2,0	Ikke oppgit- tlkke oppgit- tlkke	
Spiserør (øsofagus)	150	35+	3,4	oppgittIkke oppgittIkke		2,0	oppgittIkke oppgittIkke	
Bukspyttkjertel (pan- creas)	157	35+	1,6	oppgittIkke oppgittIkke		1,0	oppgittIkke oppgittIkke	
Strupe (larynx)	161	35+	5,4	oppgittIkke oppgitt		2,5	oppgitt	
Luftrør, bronkier, lunger	162	35+	11,5			5,0		
Urinblære	188	35+	2,5			1,5		
Nyre	189	35+	1,5			1,0	Ikke oppgitt	
<i>Hjerte-karsykdommer</i>								
Hypertensjon	401–404	35+	1,58	1,24	2,01	1,20	0,90	1,60
Ischemisk hjertesyk- dom	410–414	35– 64	2,66	2,31	3,07	1,35	1,15	1,58
		65+	1,69	1,46	1,96	1,32	1,14	1,53
Annen hjertesykdom	390–398, 415–417, 420–429	35+	1,58	1,24	2,01	1,20	0,90	1,60
Cerebrovaskulære syk- dommer	430–438	35– 64	2,37	1,88	3,00	1,29	0,96	1,72
		65+ Men n	1,36	0,95	1,96	0,89	0,63	1,25
		65+ Kvin ner	2,19	1,55	3,11	1,19	0,73	1,94
Arteriosklerose	440	35+	4,11	2,34	7,22	1,00	1,00	1,00
Aortaaneurisme	441	35+	4,11	2,34	7,22	1,00	1,00	1,00
Andre arterielle syk- dommer	442–448	35+	4,11	2,34	7,22	1,00	1,00	1,00
<i>Lungesykdommer</i>								
Lungebetennelse (pneumoni) og influ- ensa	480–487	35+	1,82	1,26	2,63	1,27	1,00	1,94
Kronisk bronkitt, emfy- sem	491–492	35+	8,71	5,08	14,9 5	3,97	2,21	7,13
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifi- sert)	496	35+	8,71	5,08	14,9 5	3,97	2,21	7,13

**Tabell 4.9: Relativ risiko (RR) for ulike røykerelaterte sykdommer, for dagligrøykere og tidligere røykere i forhold til aldrirøykere, menn og kvinner\*. Våre estimater basert på norske/nordiske undersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Dagligrøyker			Tidligere røyker		
			RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
Bronkial astma	493	35+	1,82	1,26	2,63	1,27	1,00	1,94

\* Relativ risiko er den samme for menn og kvinner bortsett fra for cerebrovaskulære sykdommer over 65 år.

**Tabell 4.10: Relativ risiko (RR) for ulike kreftformer, for dagligrøykere og tidligere røykere i forhold til aldrirøykere, menn og kvinner. Estimater basert på nordisk kreftrapport. (Avoidable cancers in nordic countries)**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Dagligrøyker			Tidligere røyker		
			RR	Laveste og høyeste RR fra ulike undersøkelser		RR	Laveste og høyeste RR fra ulike undersøkelser	
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35+	2,9	1,3	10,0	2,0	1,0	3,0
Spiserør (øsofagus)	150	35+	3,4	1,3	7,5	2,0	1,0	3,0
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35+	1,6	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0
Strupe (larynx)	161	35+	5,4	2,0	17,0	2,5	1,0	5,0
Luftrør, bronkier, lunger	162	35+	11,5	7,0	24,0	5,0	4,0	13,0
Urinblære	188	35+	2,5	2,0	5,0	1,5	1,0	5,0
Nyre	189	35+	1,5	1,0	2,5	1,0	1,0	2,0

**Tabell 4.11: Andel av ulike sykdommer blant personer under 75 år, som kan tilskrives røyking. Laveste og høyeste estimat for kreft er basert på relativ risiko (tabell 4.9) og nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Laveste og høyeste estimat for andre diagnoser er basert på nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for både relativ risiko (tabell 4.9) og for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Hele landet**

			Tilskrives røyking	Tilskrive s røyking	Tilskrive s røyking
Diagnose	ICD-9-kode	Alder	best (%)	lav (%)	høy (%)
MENN					
Kreft					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35–64	49,9	48,5	51,1
		65–74	50,5	47,4	53,2

**Tabell 4.11: Andel av ulike sykdommer blant personer under 75 år, som kan tilskrives røyking. Laveste og høyeste estimat for kreft er basert på relativ risiko (tabell 4.9) og nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Laveste og høyeste estimat for andre diagnoser er basert på nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for både relativ risiko (tabell 4.9) og for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Hele landet**

			Tilskrives røyking	Tilskrive s røyking	Tilskrive s røyking
Diagnose	ICD-9-kode	Alder	best (%)	lav (%)	høy (%)
Spiserør (øsofagus)	150	35–64	53,9	52,6	55,1
		65–74	53,7	50,7	56,4
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35–64	17,3	16,7	17,9
		65–74	14,6	13,3	15,9
Strupe (larynx)	161	35–64	67,0	65,9	68,1
		65–74	66,3	63,6	68,7
Luftrør, bronkier, lunger	162	35–64	83,3	82,6	84,0
		65–74	83,1	81,3	84,5
Urinblære	188	35–64	40,8	39,6	41,9
		65–74	40,0	37,2	42,6
Nyre	189	35–64	14,8	14,3	15,3
		65–74	12,5	11,3	13,6
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401–404	35–64	21,2	4,7	36,7
		65–74	20,7	1,9	39,1
Ischemisk hjertesykdom	410–414	35–64	41,0	32,6	48,9
		65–74	25,9	15,0	37,0
Annen hjertesykdom	390–398, 415–417, 420–429	35–64	21,2	4,7	36,7
		65–74	20,7	1,9	39,1
Cerebrovaskulære sykdommer	430–438	35–64	36,5	22,0	49,5
		65–74	4,8	20,0	30,4
Arteriosklerose	440	35–64	52,0	31,0	69,3
		65–74	47,0	25,5	66,2
Aortaaneurisme	441	35–64	52,0	31,0	69,3
		65–74	47,0	25,5	66,2
Andre arterielle sykdommer	442–448	35–64	52,0	31,0	69,3
		65–74	47,0	25,5	66,2
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480–487	35–64	27,3	3,7	48,1
		65–74	26,6	0,0	50,5
Kronisk bronkitt, emfysem	491–492	35–64	78,6	63,4	87,9
		65–74	78,3	60,7	88,5
Kronisk obstruktiv lungesykdom	496	35–64	78,6	63,4	87,9



**Tabell 4.11: Andel av ulike sykdommer blant personer under 75 år, som kan tilskrives røyking. Laveste og høyeste estimat for kreft er basert på relativ risiko (tabell 4.9) og nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Laveste og høyeste estimat for andre diagnoser er basert på nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for både relativ risiko (tabell 4.9) og for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Hele landet**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking s røyking		
			best (%)	lav (%)	høy (%)
(uspesifisert)		65–74	78,3	60,7	88,5
Bronkial astma	493	35–64	27,3	3,7	48,1
		65–74	26,6	0,0	50,5

#### KVINNER

##### Kreft

Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35–64	48,1	46,7	49,4
		65–74	37,2	32,9	41,0
Spiserør (øsofagus)	150	35–64	52,3	51,0	53,6
		65–74	40,8	36,5	44,6
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35–64	17,1	16,5	17,7
		65–74	10,3	9,0	11,6
Strupe (larynx)	161	35–64	65,8	64,6	66,9
		65–74	54,3	49,8	58,0
Luftrør, bronkier, lunger	162	35–64	82,5	81,7	83,2
		65–74	74,6	71,0	77,4
Urinblære	188	35–64	39,5	38,2	40,7
		65–74	28,7	25,2	31,9
Nyre	189	35–64	14,7	14,2	15,2
		65–74	8,8	7,7	9,9

##### Hjerte-karsykdommer

Hypertensjon	401–404	35–64	20,3	5,1	35,1
		65–74	13,6	2,2	28,0
Ischemisk hjertesykdom	410–414	35–64	40,0	31,9	47,7
		65–74	17,1	9,2	26,4
Annen hjertesykdom	390–398, 415–417,	35–64	20,3	5,1	35,1
	420–429	65–74	13,6	2,2	28,0
Cerebrovaskulære sykdommer	430–438	35–64	35,5	21,9	48,2
		65–74	21,4	4,2	42,0

**Tabell 4.11: Andel av ulike sykdommer blant personer under 75 år, som kan tilskrives røyking. Laveste og høyeste estimat for kreft er basert på relativ risiko (tabell 4.9) og nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Laveste og høyeste estimat for andre diagnoser er basert på nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for både relativ risiko (tabell 4.9) og for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Hele landet**

		Tilskrives røyking			
Diagnose	ICD-9-kode	Alder	best (%)	lav (%)	høy (%)
Arteriosklerose	440	35–64	51,7	30,6	69,0
		65–74	37,4	18,2	57,6
Aortaaneurisme	441	35–64	51,7	30,6	69,0
		65–74	37,4	18,2	57,6
Andre arterielle sykdommer	442–448	35–64	51,7	30,6	69,0
		65–74	37,4	18,2	57,6
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480–487	35–64	26,2	4,4	46,3
		65–74	18,0	1,5	38,3
Kronisk bronkitt, emfysem	491–492	35–64	77,6	62,2	87,2
		65–74	68,4	47,1	82,7
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35–64	77,6	62,2	87,2
		65–74	68,4	47,1	82,7
Bronkial astma	493	35–64	26,2	4,4	46,3
		65–74	18,0	1,5	38,3

**Tabell 4.12: Andel av ulike kreftsykdommer blant personer under 75 år, som kan tilskrives røyking. Laveste og høyeste estimat for kreft er basert på relativ risiko fra ulike undersøkelser i nordisk kreftrapport (tabell 4.10) og nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Hele landet.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking best (%)	Tilskrives røyking lav (%)	Tilskrive s røyking høy (%)
MENN					
Kreft					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35–64	49,9	9,1	79,9
		65–74	50,5	7,1	79,6
Spiserør (øsofagus)	150	35–64	53,9	9,1	75,4
		65–74	53,7	7,1	75,7
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35–64	17,3	0,0	41,8
		65–74	14,6	0,0	46,1
Strupe (larynx)	161	35–64	67,0	25,1	87,8
		65–74	66,3	20,4	87,8

**Tabell 4.12: Andel av ulike kreftsykdommer blant personer under 75 år, som kan tilskrives røyking. Laveste og høyeste estimat for kreft er basert på relativ risiko fra ulike undersøkelser i nordisk kreftrapport (tabell 4.10) og nedre og øvre grense for 95 % konfidensintervall for andel dagligrøykere og tidligere røykere (tabell 4.3, 4.4). Hele landet.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking best (%)	Tilskrives røyking lav (%)	Tilskrive s røyking høy (%)
Luftrør, bronkier, lunger	162	35–64	83,3	74,5	92,7
		65–74	83,1	73,6	93,2
Urinblære	188	35–64	40,8	25,1	74,2
		65–74	40,0	20,4	77,4
Nyre	189	35–64	14,8	0,0	47,4
		65–74	12,5	0,0	50,3
KVINNER					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35–64	48,1	9,0	79,2
		65–74	37,2	4,7	71,7
Spiserør (øsofagus)	150	35–64	52,3	9,0	74,5
		65–74	40,8	4,7	66,5
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35–64	17,1	0,0	39,6
		65–74	10,3	0,0	33,3
Strupe (larynx)	161	35–64	65,8	24,8	87,4
		65–74	54,3	14,2	82,2
Luftrør, bronkier, lunger	162	35–64	82,5	73,2	92,2
		65–74	74,6	60,4	89,4
Urinblære	188	35–64	39,5	24,8	72,4
		65–74	28,7	14,2	66,6
Nyre	189	35–64	14,7	0,0	45,5
		65–74	8,8	0,0	37,8

**Tabell 4.13: Andel av ulike sykdommer blant personer i alder 75+ år, som kan tilskrives røyking. Alternativ 1 er basert på røykevaner ekstrapolert fra røykevaneundersøkelsen og relativ risiko fra tabell 4.9. Alternativ 2 er basert på røykevaner i HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995–97) og laveste estimat for relativ risiko i 95 % konfidensintervall i tabell 4.9. Alternativ 3 er basert på røykevaner fra HUNT og relativ risiko fra tabell 4.9.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking alt.1 (%)	Tilskrive s røyking alt.2 (%)	Tilskrives røyking alt.3 (%)
MENN					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	75+	50,9	46,5	46,5
Spiserør (øsofagus)	150	75+	53,7	49,4	49,4
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	75+	13,8	11,7	11,7

**Tabell 4.13: Andel av ulike sykdommer blant personer i alder 75+ år, som kan tilskrives røyking. Alternativ 1 er basert på røykevaner ekstrapolert fra røykevaneundersøkelsen og relativ risiko fra tabell 4.9. Alternativ 2 er basert på røykevaner i HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995–97) og laveste estimat for relativ risiko i 95 % konfidensintervall i tabell 4.9. Alternativ 3 er basert på røykevaner fra HUNT og relativ risiko fra tabell 4.9.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking alt.1 (%)	Tilskrive s røyking alt.2 (%)	Tilskrives røyking alt.3 (%)
Strupe (larynx)	161	75+	65,9	62,2	62,2
Luftrør, bronkier, lunger	162	75+	82,9	80,4	80,4
Urinblære	188	75+	39,8	35,7	35,7
Nyre	189	75+	11,9	9,9	9,9
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401–404	75+	20,9	0,8	17,9
Ischemisk hjertesykdom	410–414	75+	26,4	14,1	22,8
Annen hjertesykdom	390–398, 415–417, 420–429	75+	20,9	0,8	17,9
Cerebrovaskulære sykdommer	430–438	75+	3,8	-21,6	2,9
Arteriosklerose	440	75+	44,1	22,8	40,6
Aortaaneurisme	441	75+	44,1	22,8	40,6
Andre arterielle sykdommer	442–448	75+	44,1	22,8	40,6
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480–487	75+	26,7	5,4	23,2
Kronisk bronkitt, emfysem	491–492	75+	78,1	59,0	75,2
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	75+	78,1	59,0	75,2
Bronkial astma	493	75+	26,7	5,4	23,2
<i>KVINNER</i>					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	75+	29,9	18,8	18,8
Spiserør (øsofagus)	150	75+	33,0	21,4	21,4
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	75+	7,2	4,6	4,6
Strupe (larynx)	161	75+	45,7	32,1	32,1
Luftrør, bronkier, lunger	162	75+	67,6	53,7	53,7
Urinblære	188	75+	22,2	13,8	13,8
Nyre	189	75+	6,1	3,8	3,8
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401–404	75+	10,0	1,1	5,9
Ischemisk hjertesykdom	410–414	75+	12,8	4,6	7,5
Annen hjertesykdom	390–398, 415–417, 420–429	75+	10,0	1,1	5,9
Cerebrovaskulære sykdommer	430–438	75+	13,1	2,3	8,6

**Tabell 4.13: Andel av ulike sykdommer blant personer i alder 75+ år, som kan tilskrives røyking. Alternativ 1 er basert på røykevaner ekstrapolert fra røykevaneundersøkelsen og relativ risiko fra tabell 4.9. Alternativ 2 er basert på røykevaner i HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995–97) og laveste estimat for relativ risiko i 95 % konfidensintervall i tabell 4.9. Alternativ 3 er basert på røykevaner fra HUNT og relativ risiko fra tabell 4.9.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking alt.1 (%)	Tilskrive s røyking alt.2 (%)	Tilskrives røyking alt.3 (%)
Arteriosklerose	440	75+	28,8	9,7	19,9
Aortaaneurisme	441	75+	28,8	9,7	19,9
Andre arterielle sykdommer	442–448	75+	28,8	9,7	19,9
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480–487	75+	13,4	2,0	8,0
Kronisk bronkitt, emfysem	491–492	75+	60,6	29,7	46,1
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	75+	60,6	29,7	46,1
Bronkial astma	493	75+	13,4	2,0	8,0

**Tabell 4.14: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking for hele landet og i fylkene med lavest og høyest tilskrivbar andel. Prosent**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking		
			Norge	Akershu s	Finnmar k
MENN					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35–64	49,9	47,3	53,7
		65–74	50,5	48,4	53,3
Spiserør (øsofagus)	150	35–64	53,9	51,2	58,0
		65–74	53,7	51,5	57,0
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35–64	17,3	15,2	21,1
		65–74	14,6	12,8	18,0
Strupe (larynx)	161	35–64	67,0	64,4	70,9
		65–74	66,3	64,1	69,5
Luftrør, bronkier, lunger	162	35–64	83,3	81,7	85,6
		65–74	83,1	81,7	84,9
Urinblære	188	35–64	40,8	38,0	45,2
		65–74	40,0	37,7	43,6
Nyre	189	35–64	14,8	13,0	18,2
		65–74	12,5	10,9	15,4
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					

**Tabell 4.14: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking for hele landet og i fylkene med lavest og høyest tilskrivbar andel. Prosent**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking		
			Norge	Akershu s	Finnmar k
Hypertensjon	401-404	35-64	21,2	19,3	24,3
		65-74	20,7	19,1	23,2
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	41,0	38,0	45,9
		65-74	25,9	24,3	28,3
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	21,2	19,3	24,3
	420-429	65-74	20,7	19,1	23,2
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	36,5	33,6	41,2
		65-74	4,8	3,5	7,6
Arteriosklerose	440	35-64	52,0	48,3	58,1
		65-74	47,0	43,3	53,2
Aortaaneurisme	441	35-64	52,0	48,3	58,1
		65-74	47,0	43,3	53,2
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	52,0	48,3	58,1
		65-74	47,0	43,3	53,2
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64	27,3	25,1	31,0
		65-74	26,6	24,7	29,6
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	78,6	76,7	81,4
		65-74	78,3	76,7	80,6
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	78,6	76,7	81,4
		65-74	78,3	76,7	80,6
Bronkial astma	493	35-64	27,3	25,1	31,0
		65-74	26,6	24,7	29,6
KVINNER					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	48,1	46,5	52,6
		65-74	37,2	36,3	40,8
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	52,3	50,5	57,3
		65-74	40,8	39,5	45,0
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	17,1	15,2	21,5
		65-74	10,3	9,1	13,3
Strupe (larynx)	161	35-64	65,8	63,9	70,4
		65-74	54,3	52,7	58,8
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	82,5	81,3	85,2
		65-74	74,6	73,4	77,8
Urinblære	188	35-64	39,5	37,5	44,7

**Tabell 4.14: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking for hele landet og i fylkene med lavest og høyest tilskrivbar andel. Prosent**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking		
			Norge	Akershus	Finnmark
		65–74	28,7	27,3	32,7
Nyre	189	35–64	14,7	13,0	18,6
		65–74	8,8	7,7	11,3
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401–404	35–64	20,3	18,9	23,9
		65–74	13,6	12,8	15,9
Ischemisk hjertesykdom	410–414	35–64	40,0	37,6	45,8
		65–74	17,1	16,4	19,4
Annen hjertesykdom	390–398, 415–417,	35–64	20,3	18,9	23,9
	420–429	65–74	13,6	12,8	15,9
Cerebrovaskulære sykdommer	430–438	35–64	35,5	33,2	41,1
		65–74	21,4	19,8	25,5
Arteriosklerose	440	35–64	51,7	48,2	58,7
		65–74	37,4	34,2	44,3
Aortaaneurisme	441	35–64	51,7	48,2	58,7
		65–74	37,4	34,2	44,3
Andre arterielle sykdommer	442–448	35–64	51,7	48,2	58,7
		65–74	37,4	34,2	44,3
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480–487	35–64	26,2	24,6	30,6
		65–74	18,0	17,0	20,9
Kronisk bronkitt, emfysem	491–492	35–64	77,6	76,2	80,9
		65–74	68,4	67,1	72,0
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35–64	77,6	76,2	80,9
		65–74	68,4	67,1	72,0
Bronkial astma	493	35–64	26,2	24,6	30,6
		65–74	18,0	17,0	20,9

Undersøkelse	Alder ved u.s.	Oppfølging	Antall hjertesykkelhjerterefusjoner	Daglig røykere		Tidligere dagligrøykere	
				Sigarettrøykere	Bare sigar/pipe (n)	n	Andel med røykeslutt > 1 år
1	18-24	100	100	100	100	100	100
2	25-34	100	100	100	100	100	100
3	35-44	100	100	100	100	100	100
4	45-54	100	100	100	100	100	100
5	55-64	100	100	100	100	100	100
6	65-74	100	100	100	100	100	100
7	75-84	100	100	100	100	100	100
8	85-94	100	100	100	100	100	100
9	95-104	100	100	100	100	100	100
10	105-114	100	100	100	100	100	100
11	115-124	100	100	100	100	100	100
12	125-134	100	100	100	100	100	100
13	135-144	100	100	100	100	100	100
14	145-154	100	100	100	100	100	100
15	155-164	100	100	100	100	100	100
16	165-174	100	100	100	100	100	100
17	175-184	100	100	100	100	100	100
18	185-194	100	100	100	100	100	100
19	195-204	100	100	100	100	100	100
20	205-214	100	100	100	100	100	100
21	215-224	100	100	100	100	100	100
22	225-234	100	100	100	100	100	100
23	235-244	100	100	100	100	100	100
24	245-254	100	100	100	100	100	100
25	255-264	100	100	100	100	100	100
26	265-274	100	100	100	100	100	100
27	275-284	100	100	100	100	100	100
28	285-294	100	100	100	100	100	100
29	295-304	100	100	100	100	100	100
30	305-314	100	100	100	100	100	100
31	315-324	100	100	100	100	100	100
32	325-334	100	100	100	100	100	100
33	335-344	100	100	100	100	100	100
34	345-354	100	100	100	100	100	100
35	355-364	100	100	100	100	100	100
36	365-374	100	100	100	100	100	100
37	375-384	100	100	100	100	100	100
38	385-394	100	100	100	100	100	100
39	395-404	100	100	100	100	100	100
40	405-414	100	100	100	100	100	100
41	415-424	100	100	100	100	100	100
42	425-434	100	100	100	100	100	100
43	435-444	100	100	100	100	100	100
44	445-454	100	100	100	100	100	100
45	455-464	100	100	100	100	100	100
46	465-474	100	100	100	100	100	100
47	475-484	100	100	100	100	100	100
48	485-494	100	100	100	100	100	100
49	49						

Osloundersøkelsen  
1972

## Finnmarksundersøkelsen 1974

*Døde-  
lighet*

Aktuell alder  
< 65 årOsloundersøkelsen  
1972

Hjerte-karundersøkelsene i Oppland, Sogn og Fjordane, Finnmark 1974–76

Me nn	35– 49	25 09 1	18 år	6,1 %	147	1156	120 20	14	1425	5864	81 %
Kvi nne r	35– 49	24 55 6	18 år	5,9 %	111	219	905 3	11	8	3093	76 %



**Tabell 4.15: Norske undersøkelser av sammenhengen mellom røyking og hjerte-karsykdommer.**

Undersøkelse	Alde r ved u.s.	N	Op pføl gin g	And el	hjer te syk ke * (gru ppe a)	Anta ll hjer te einfart nesl ag	Antall n	Daglig røykere		Tidligere dagligrøykere
								Sigarettrøyke re	Bare sigar/ pipe (n)	
								Antall sigaretter		n Andel med røykeslutt > 1 år
<b>Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86</b>										
	Me nn	35–59	11 72	10 år	10,1 %	21	234	459 14 9	20	3841 91 %
	Kvi nne r	35–59	11 87	10 år	10,1 %	20	59	457 12 1	1	2360 88 %
<b>Aktuell alder 65 år</b>										
<b>Hjerte-karundersøkelsene i Møre og Romsdal, Hordaland, Nord-Trøndelag 1989–92</b>										
	Me nn	65–67	63 23	3,5 år	34,3 %	35	215	178 12 7	244	2952 94 %
	Kvi nne r	65–67	72 16	3,5 år	28,6 %	26	53	137 11 2	0	1210 91 %
<b>Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86</b>										
	Me nn	60–74	61 32	10 år	36,3 %	173	740	175 12 2	29	2822 93 %
	Kvi nne r	60–74	62 88	10 år	38,5 %	149	332	115 10 0	0	759 88 %

\*. Hjertesyke: Har eller har hatt hjerteinfarkt, hjerneslag eller diabetes eller står på blodtrykkssenkende medikamenter

**Tabell 4.16: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og dødelighet av hjerneslag. Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldri-røykere. Norske undersøkelser.**

Undersøkelse	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensinter vall		RR	95 % konfidensinte rvall	
<hr/>						
<i>&lt; 65 år</i>						
<i>Menn</i>						
Osloundersøkelsen 1972	3,74	1,96	7,16	1,57	0,74	3,34
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76	2,46	1,49	4,06	0,99	0,52	1,87
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86	2,69	0,78	9,31	0,36	0,06	2,14
<i>Vektet estimat</i>	<i>2,86</i>	<i>1,96</i>	<i>4,17</i>	<i>1,10</i>	<i>0,69</i>	<i>1,76</i>
 <i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76	2,39	1,60	3,55	0,75	0,34	1,68
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86	5,92	1,69	20,63	2,51	0,51	12,47
<i>Vektet estimat</i>	<i>2,60</i>	<i>1,78</i>	<i>3,79</i>	<i>0,96</i>	<i>0,47</i>	<i>1,97</i>
 <i>Menn + kvinner, vektet estimat</i>	 <i>2,72</i>	 <i>2,09</i>	 <i>3,56</i>	 <i>1,06</i>	 <i>0,71</i>	 <i>1,57</i>
 <i>65+ år</i>						
<i>Menn</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1989–92	2,05	0,75	5,60	1,28	0,46	3,55
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86	1,28	0,87	1,89	0,85	0,59	1,22
<i>Vektet estimat</i>	<i>1,36</i>	<i>0,95</i>	<i>1,96</i>	<i>0,89</i>	<i>0,63</i>	<i>1,25</i>
 <i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1989–92	3,38	1,49	7,66	1,09	0,31	3,87
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86	1,99	1,35	2,93	1,21	0,71	2,05
<i>Vektet estimat</i>	<i>2,19</i>	<i>1,55</i>	<i>3,11</i>	<i>1,19</i>	<i>0,73</i>	<i>1,94</i>

**Tabell 4.17: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og dødelighet av hjerteinfarkt. Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldri-røykere. Norske undersøkelser.**

Undersøkelse	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
<hr/>						
<i>&lt; 65 år</i>						
<i>Menn</i>						
Osloundersøkelsen 1972	3,43	2,69	4,38	1,51	1,14	2,01
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76	3,48	2,83	4,26	1,59	1,24	2,02
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86	2,48	1,69	3,63	1,21	0,79	1,83
<i>Vektet estimat</i>	<i>3,30</i>	<i>2,86</i>	<i>3,81</i>	<i>1,49</i>	<i>1,26</i>	<i>1,77</i>
<i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76	3,15	2,35	4,23	0,99	0,57	1,74
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86	4,51	2,30	8,85	2,71	1,17	6,25
<i>Vektet estimat</i>	<i>3,34</i>	<i>2,55</i>	<i>4,37</i>	<i>1,36</i>	<i>0,85</i>	<i>2,17</i>
<i>Menn + kvinner, vektet estimat</i>	<i>3,31</i>	<i>2,91</i>	<i>3,76</i>	<i>1,48</i>	<i>1,26</i>	<i>1,73</i>
<hr/>						
<i>65+ år</i>						
<i>Menn</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1989–92	1,46	0,99	2,16	1,23	0,84	1,80
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86	1,83	1,50	2,24	1,24	1,02	1,50
<i>Vektet estimat</i>	<i>1,75</i>	<i>1,46</i>	<i>2,09</i>	<i>1,24</i>	<i>1,04</i>	<i>1,47</i>
<i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1989–92	1,63	0,84	3,13	1,47	0,71	3,01
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984–86	1,52	1,14	2,01	1,63	1,20	2,23
<i>Vektet estimat</i>	<i>1,54</i>	<i>1,19</i>	<i>1,99</i>	<i>1,60</i>	<i>1,20</i>	<i>2,14</i>
<i>Menn + kvinner, vektet estimat</i>	<i>1,69</i>	<i>1,46</i>	<i>1,96</i>	<i>1,32</i>	<i>1,14</i>	<i>1,53</i>

**Tabell 4.18: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og insidens av hjerneslag og hjerteinfarkt i alder under 65 år. Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldri-røykere. Norske undersøkelser**

Undersøkelse	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
<i>Hjerneslag</i>						
<i>Menn</i>						
Osloundersøkelsen 1972	2,66	1,99	3,55	1,37	0,98	1,93
Finnmarksundersøkelsen 1974	1,92	0,99	3,73	1,55	0,76	3,19
<i>Vektet estimat</i>	<i>2,53</i>	<i>1,94</i>	<i>3,29</i>	<i>1,40</i>	<i>1,03</i>	<i>1,91</i>
<i>Kvinner</i>						
Finnmarksundersøkelsen 1974	1,91	1,17	3,13	0,63	0,26	1,54
<i>Menn + kvinner, vektet estimat</i>	<i>2,37</i>	<i>1,88</i>	<i>3,00</i>	<i>1,29</i>	<i>0,96</i>	<i>1,72</i>
<i>Hjerteinfarkt</i>						
<i>Menn</i>						
Osloundersøkelsen 1972	2,64	2,29	3,05	1,34	1,13	1,58
Finnmarksundersøkelsen 1974	2,90	2,03	4,14	1,65	1,12	2,52
<i>Vektet estimat</i>	<i>2,65</i>	<i>2,29</i>	<i>3,05</i>	<i>1,35</i>	<i>1,15</i>	<i>1,59</i>
<i>Kvinner</i>						
Finnmarksundersøkelsen 1974	3,48	2,14	5,65	1,35	0,65	2,81
<i>Menn + kvinner , vektet estimat</i>	<i>2,66</i>	<i>2,31</i>	<i>3,07</i>	<i>1,35</i>	<i>1,15</i>	<i>1,58</i>

**Tabell 4.19: Relativ risiko (RR) for hjerneslag og hjerteinfarkt basert på norske data sammenlignet med Cancer Prevention Study II (CPS II). Norske estimater basert på insidens under 65 år og dødelighet over 65 år**

Undersøkelse	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
<i>Hjerneslag</i>						
<i>&lt; 65 år</i>						
CPS II Menn	3,67	2,51	5,36	1,38	0,91	2,07
CPS II Kvinner	4,80	3,52	6,54	1,41	0,94	2,13
Norske undersøkelser:						
Menn + kvinner	2,37	1,88	3,00	1,29	0,96	1,72
<i>65+ år</i>						
CPS II Menn	1,94	1,58	2,38	1,27	1,07	1,50
CPS II Kvinner	1,47	1,19	1,81	1,01	0,83	1,24
Norske undersøkelser:						
Menn	1,36	0,95	1,96	0,89	0,63	1,25
Kvinner	2,19	1,55	3,11	1,19	0,73	1,94
<i>Hjerteinfarkt</i>						
<i>&lt; 65 år</i>						
CPS II Menn	2,81	2,49	3,18	1,75	1,55	1,99
CPS II Kvinner	3,00	2,50	3,59	1,43	1,15	1,77
Norske undersøkelser:						
Menn + kvinner	2,66	2,31	3,07	1,35	1,15	1,58
<i>65+ år</i>						
CPS II Menn	1,62	1,48	1,77	1,29	1,20	1,38
CPS II Kvinner	1,60	1,42	1,80	1,29	1,16	1,43
Norske undersøkelser:						
Menn + kvinner	1,69	1,46	1,96	1,32	1,14	1,53

**Tabell 4.20: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og dødelighet av andre hjerte-karsykdommer, inkludert hypertensjon. Norske undersøkelser sammenliknet med Cancer Prevention Study II (CPS II)**

Undersøkelse	RR	Dagligrøyker		RR	Tidligere dagligrøyker	
		95 % konfidensintervall			95 % konfidensintervall	
CPS II Menn	1,85	1,63	2,10	1,32	1,18	1,48
CPS II Kvinner	1,69	1,42	1,80	1,16	1,00	1,34
<i>Menn</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	1,22	0,79	1,87	0,71	0,40	1,24
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	1,78	1,13	2,80	1,58	1,03	2,41
<i>Vektet estimat</i>	<i>1,46</i>	<i>1,07</i>	<i>1,99</i>	<i>1,18</i>	<i>0,84</i>	<i>1,65</i>
<i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	2,17	1,23	3,85	1,97	0,90	4,83
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	1,51	0,91	2,52	0,84	0,40	1,77
<i>Vektet estimat</i>	<i>1,78</i>	<i>1,22</i>	<i>2,60</i>	<i>1,26</i>	<i>0,73</i>	<i>2,15</i>
<i>Menn + kvinner, vektet estimat</i>	<i>1,58</i>	<i>1,24</i>	<i>2,01</i>	<i>1,20</i>	<i>0,90</i>	<i>1,60</i>

**Tabell 4.21: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og dødelighet av arteriosklerose, aortaaneurisme, og andre arterielle sykdommer. Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldrirøykere. Norske undersøkelser sammenlignet med Cancer Prevention Study II (CPS II)**

Undersøkelse	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
CPS II Menn	4,06	3,08	5,35	2,33	1,81	3,01
CPS II Kvinner	3,00	2,20	4,09	1,34	0,95	1,90
<i>Menn</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	5,53	1,32	23,26	2,17	0,42	11,19
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	3,82	1,41	10,38	1,81	0,65	5,02
Vektet estimat	4,31	1,90	9,79	1,90	0,80	4,53
<i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	3,06	0,56	16,75			
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	4,21	1,76	10,05			
Vektet estimat	3,94	1,82	8,55			
Menn + kvinner, vektet estimat	4,11	2,34	7,22			

**Tabell 4.22: Relativ risiko/odds ratio for sammenhengen mellom røyking og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldrirøykere. Norske undersøkelser sammenliknet med Cancer Prevention Study II (CPS II)**

Undersøkelse	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
<i>Dødelighet</i>						
CPS II Menn	9,65	7,00	13,30	8,75	6,48	11,80
CPS II Kvinner	10,47	7,78	14,09	7,04	5,33	9,30
Menn + kvinner:						
Osloundersøkelsen 1972 menn 40–49 år	13,76	1,89	100,04	2,16	0,22	20,76
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	13,21	4,06	42,99	3,42	0,81	14,55
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	7,08	3,63	13,80	3,70	1,83	7,48
Hjerte-karundersøkelsene 1988–92 65–67 år	11,02	1,25	97,18	17,74	2,12	148,29
<i>Menn + kvinner, vektet estimat</i>	<i>8,71</i>	<i>5,08</i>	<i>14,95</i>	<i>3,97</i>	<i>2,21</i>	<i>7,13</i>
<i>Prevalens</i>						
Menn + kvinner Hordaland 1985 (Odds ratio)	8,00	3,20	20,00	4,10	1,60	10,80



**Tabell 4.23: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og dødelighet av andre lunge-sykdommer. Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldrirøykere. Norske undersøkelser sammenliknet med CPS II**

Undersøkelse	Dagligøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
CPS II Menn	1,99	1,52	2,61	1,56	1,25	1,95
CPS II Kvinner	2,18	1,60	2,97	1,38	1,04	1,84
<i>Menn</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	2,19	0,98	4,90	0,60	0,19	1,88
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	1,53	0,78	3,03	1,11	0,59	2,08
Vektet estimat	1,78	1,06	2,99	0,96	0,56	1,67
<i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	2,00	0,95	4,24	2,92	1,19	7,15
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	1,75	0,85	3,57	1,15	0,44	2,99
Vektet estimat	1,86	1,11	3,13	1,89	0,98	3,63
Menn + kvinner, vektet estimat	1,82	1,26	2,63	1,27	0,84	1,94

**Tabell 4.24: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og kreft. Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldrirøykere. Nordiske/norske undersøkelser sml med Cancer-Prevention Study II (CPS II)**

Undersøkelse	ICD-9-koder	Alder	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
			RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
<i>Dødelighet i CPS II</i>								
<i>Menn</i>								
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35+	27,48	9,96	75,83	8,80	3,15	24,59
Spiserør (øsofagus)	150	35+	7,60	3,81	15,17	5,83	3,02	11,25
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35+	2,14	1,62	2,82	1,12	0,86	1,45

**Tabell 4.24: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og kreft. Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldrirøykere. Nordiske/norske undersøkelser sml med Cancer-Prevention Study II (CPS II)**

Undersøkelse	ICD-9-koder	Alder	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
			RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
Strupe (larynx)	161	35+	10,48	3,61	30,43	5,24	1,83	14,99
Luftrør, bronkier, lunger	162	35+	22,36	17,77	28,13	9,36	7,43	11,77
Urinblære	188	35+	2,86	1,85	4,44	1,90	1,28	2,82
Nyre	189	35+	2,95	1,92	4,54	1,95	1,31	2,90
<i>Kvinner</i>								
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35+	5,59	3,15	9,91	2,88	1,57	5,26
Spiserør (øsofagus)	150	35+	10,25	4,94	21,27	3,16	1,45	6,85
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35+	2,33	1,77	3,08	1,78	1,37	2,30
Strupe (larynx)	161	35+	17,78	3,45	91,74	11,88	2,46	57,34
Luftrør, bronkier, lunger	162	35+	11,94	9,99	14,26	4,69	3,86	5,70
Livmorhals (cervix uteri)	180	35+	2,14	1,06	4,30	1,94	0,97	3,87
Urinblære	188	35+	2,58	1,31	5,08	1,85	1,00	3,42
Nyre	189	35+	1,41	0,86	2,30	1,16	0,72	1,87
<i>Sykelighet i nordiske undersøkelser</i>								
<i>Menn+ kvinner</i>								
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	35+	2,90			2,00		
Spiserør (øsofagus)	150	35+	3,40			2,00		
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35+	1,60			1,00		
Strupe (larynx)	161	35+	5,40			2,50		
Luftrør, bronkier, lunger	162	35+	11,50			5,00		
Urinblære	188	35+	2,50			1,50		
Nyre	189	35+	1,50			1,00		

**Tabell 4.25: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og lungekreft insidens og dødelighet. Dagligrøykere og tidligere dagligrøykere i forhold til aldrirøykere. Norske/nordiske undersøkelser sammenliknet med Cancer Prevention Study II (CPS II)**

Undersøkelse	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensinter vall		RR	95 % konfidensinterva ll	
CPS II Menn	22,36	17,77	28,13	5,24	1,83	14,99
CPS II Kvinner	11,94	9,99	14,26	4,69	3,86	5,70
<b>Dødelighet</b>						
<i>Menn</i>						
Osloundersøkelsen 1972 40–49 år	24,78	7,93	77,47	3,26	0,93	11,44
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	14,25	5,86	34,69	2,33	0,83	6,53
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	15,50	6,78	35,44	2,96	1,23	7,16
<i>Vektet estimat</i>	<i>16,67</i>	<i>9,77</i>	<i>28,46</i>	<i>2,79</i>	<i>1,55</i>	<i>5,05</i>
<i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	31,34	9,85	99,71	5,60	1,25	25,05
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	24,46	8,48	70,51	3,79	0,84	17,06
<i>Vektet estimat</i>	<i>27,38</i>	<i>12,54</i>	<i>59,81</i>	<i>4,61</i>	<i>1,59</i>	<i>13,33</i>
<b>Insidens nordiske data</b>						
<i>Menn + kvinner</i>	11,50			5,00		

**Tabell 4.26: Relativ risiko (RR) for sammenhengen mellom røyking og pankreaskreft insidens og dødelighet. Norske/nordiske undersøkelser sammenlignet med Cancer Prevention Study II (CPS II)**

Undersøkelse	Dagligrøyker			Tidligere dagligrøyker		
	RR	95 % konfidensintervall		RR	95 % konfidensintervall	
CPS II Menn	2,14	1,62	2,82	1,12	0,86	1,45
CPS II Kvinner	2,33	1,77	3,08	1,78	1,37	2,30
<b>Dødelighet</b>						
<i>Menn</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	1,69	0,81	3,51	0,81	0,31	2,11
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	2,19	0,95	5,08	1,35	0,58	3,13
<i>Vektet estimat</i>	<i>1,89</i>	<i>1,09</i>	<i>3,28</i>	<i>1,08</i>	<i>0,57</i>	<i>2,03</i>
<i>Kvinner</i>						
Hjerte-karundersøkelsene 1974–76 35–49 år	1,51	0,77	2,97	0,51	0,12	2,23
Nord-Trøndelag 1984–86 35–74 år	3,25	1,17	8,99	3,96	1,35	11,65
<i>Vektet estimat</i>	<i>1,90</i>	<i>1,09</i>	<i>3,31</i>	<i>1,94</i>	<i>0,81</i>	<i>4,63</i>
<i>Menn + kvinner, vektet estimat</i>	<i>1,89</i>	<i>1,28</i>	<i>2,80</i>	<i>1,32</i>	<i>0,79</i>	<i>2,21</i>
<b>Insidens nordiske data</b>						
<i>Menn + kvinner</i>	1,60			1,00		

**Tabell 4.27: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Akershus samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-åringsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking best (%)	Tilskrive s røyking lav (%)	Tilskrive s røyking høy (%)
<b>MENN</b>					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	47,3	46,0	48,6
		65-74	48,4	45,3	51,2
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	51,2	49,9	52,4

**Tabell 4.27: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Akershus samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking best (%)	Tilskrive s røyking lav (%)	Tilskrive s røyking høy (%)
		65-74	51,5	48,4	54,2
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	15,2	14,7	15,8
		65-74	12,8	11,7	14,0
Strupe (larynx)	161	35-64	64,4	63,3	65,5
		65-74	64,1	61,3	66,6
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	81,7	80,9	82,4
		65-74	81,7	79,8	83,3
Urinblære	188	35-64	38,0	36,9	39,2
		65-74	37,7	34,9	40,2
Nyre	189	35-64	13,0	12,6	13,5
		65-74	10,9	9,9	11,9
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	19,3	3,7	34,5
		65-74	19,1	1,1	37,2
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	38,0	29,7	46,0
		65-74	24,3	13,7	35,2
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	19,3	3,7	34,5
		65-74	19,1	1,1	37,2
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	33,6	19,4	46,8
		65-74	3,5	-19,5	28,2
Arteriosklerose	440	35-64	48,3	27,8	66,0
		65-74	43,3	22,8	62,7
Aortaaneurisme	441	35-64	48,3	27,8	66,0
		65-74	43,3	22,8	62,7
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	48,3	27,8	66,0
		65-74	43,3	22,8	62,7
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64	25,1	2,6	45,7
		65-74	24,7	-0,9	48,5
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	76,7	60,6	86,7
		65-74	76,7	58,2	87,6
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	76,7	60,6	86,7
		65-74	76,7	58,2	87,6
Bronkial astma	493	35-64	25,1	2,6	45,7

**Tabell 4.27: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Akershus samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking best (%)	Tilskrive s røyking lav (%)	Tilskrive s røyking høy (%)
		65-74	24,7	-0,9	48,5
<b>KVINNER</b>					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	46,5	45,0	47,9
		65-74	36,3	31,9	40,1
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	50,5	49,1	51,8
		65-74	39,5	35,1	43,3
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	15,2	14,7	15,7
		65-74	19,1	18,0	10,2
Strupe (larynx)	161	35-64	63,9	62,6	65,0
		65-74	52,7	48,1	56,5
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	81,3	80,4	82,1
		65-74	73,4	69,6	76,4
Urinblære	188	35-64	37,5	36,2	38,7
		65-74	27,3	23,9	30,5
Nyre	189	35-64	13,0	12,5	13,5
		65-74	7,7	6,7	8,7
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	18,9	4,0	33,8
		65-74	12,8	1,5	27,4
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	37,6	29,4	45,5
		65-74	16,4	8,6	25,7
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	18,9	4,0	33,8
	420-429	65-74	12,8	1,5	27,4
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	33,2	19,5	46,2
		65-74	19,8	2,6	40,9
Arteriosklerose	440	35-64	48,2	27,8	65,9
		65-74	34,2	16,2	54,2
Aortaaneurisme	441	35-64	48,2	27,8	65,9
		65-74	34,2	16,2	54,2
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	48,2	27,8	65,9
		65-74	34,2	16,2	54,2
<i>Lungesykdommer</i>					

**Tabell 4.27: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Akershus samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrives røyking best (%)	Tilskrive s røyking lav (%)	Tilskrive s røyking høy (%)
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64	24,6	3,0	44,9
		65-74	17,0	0,6	37,5
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	76,2	60,0	86,4
		65-74	67,1	45,1	82,0
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	76,2	60,0	86,4
		65-74	67,1	45,1	82,0
Bronkial astma	493	35-64	24,6	3,0	44,9
		65-74	17,0	0,6	37,5

**Tabell 4.28: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Buskerud. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
<b>MENN</b>					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	47,5	46,2	48,8
		65-74	48,3	45,3	51,1
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	51,5	50,2	52,7
		65-74	51,5	48,5	54,2
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	15,7	15,2	16,2
		65-74	13,2	12,0	14,4
Strupe (larynx)	161	35-64	64,8	63,6	65,8
		65-74	64,3	61,5	66,7
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	81,9	81,1	82,6
		65-74	81,8	79,9	83,3
Urinblære	188	35-64	38,4	37,2	39,5
		65-74	37,8	35,0	40,3
Nyre, andre urinorganer	189	35-64	13,4	13,0	13,9
		65-74	11,3	10,2	12,3
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	19,5	4,1	34,6

**Tabell 4.28: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Buskerud. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
		65-74	19,2	1,5	37,1
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	38,5	30,3	46,4
		65-74	24,3	13,8	35,1
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	19,5	4,1	34,6
	420-429	65-74	19,2	1,5	37,1
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	34,1	20,0	47,1
		65-74	4,0	-18,7	28,4
Arteriosklerose	440	35-64	49,1	28,5	66,7
		65-74	44,1	23,4	63,5
Aortaaneurisme	441	35-64	49,1	28,5	66,7
		65-74	44,1	23,4	63,5
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	49,1	28,5	66,7
		65-74	44,1	23,4	63,5
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influ- ensa	480-487	35- 64 65- 74	25,324,8	3,0 -0,4	45,848,4
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	76,9	61,0	86,8
		65-74	76,8	58,4	87,6
Kronisk obstruktiv lungesykdom	496	35-64	76,9	61,0	86,8
		65-74	76,8	58,4	87,6
Andre lungesykdommer (bronkial astma)	493	35- 64 65- 74	25,324,8	3,0 -0,4	45,848,4
<b>KVINNER</b>					
<b>Kreft</b>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	48,1	46,7	49,4
		65-74	37,2	32,9	41,0
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	52,3	51,0	53,6
		65-74	40,8	36,5	44,6
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	17,1	16,5	17,7
		65-74	10,3	9,0	11,6
Strupe (larynx)	161	35-64	65,8	64,6	66,9
		65-74	54,3	49,8	58,0
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	82,5	81,7	83,2



**Tabell 4.28: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Buskerud. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
		65-74	74,6	71,0	77,4
Urinblære	188	35-64	39,5	38,2	40,7
		65-74	28,7	25,2	31,9
Nyre	189	35-64	14,7	14,2	15,2
		65-74	8,8	7,7	9,9
Hjerte-karsykdommer					
Hypertensjon	401-404	35-64	20,3	5,1	35,1
		65-74	13,6	2,2	28,0
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	40,0	31,9	47,7
		65-74	17,1	9,2	26,4
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	20,3	5,1	35,1
	420-429	65-74	13,6	2,2	28,0
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	35,5	21,9	48,2
		65-74	21,4	4,2	42,0
Arteriosklerose	440	35-64	51,7	30,6	69,0
		65-74	37,4	18,2	57,6
Aortaaneurisme	441	35-64	51,7	30,6	69,0
		65-74	37,4	18,2	57,6
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	51,7	30,6	69,0
		65-74	37,4	18,2	57,6
Lungesykdommer					
Lungebetennelse (pneumoni) og influ- ensa	480-487	35- 64 65- 74	26,218,0	4,4 1,5	46,338,3
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	77,6	62,2	87,2
		65-74	68,4	47,1	82,7
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	77,6	62,2	87,2
		65-74	68,4	47,1	82,7
Bronkial astma	493	35- 64 65- 74	26,218,0	4,4 1,5	46,338,3

**Tabell 4.29: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Aust-Agder Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-åringsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskrives røyking høy (%)
MENN					
Kreft					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	49,9	48,5	51,1
		65-74	50,5	47,4	53,2
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	53,9	52,6	55,1
		65-74	53,7	50,7	56,4
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	17,3	16,7	17,9
		65-74	14,6	13,3	15,9
Strupe (larynx)	161	35-64	67,0	65,9	68,1
		65-74	66,3	63,6	68,7
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	83,3	82,6	84,0
		65-74	83,1	81,3	84,5
Urinblære	188	35-64	40,8	39,6	41,9
		65-74	40,0	37,2	42,6
Nyre	189	35-64	14,8	14,3	15,3
		65-74	12,5	11,3	13,6
Hjerte-karsykdommer					
Hypertensjon	401-404	35-64	21,2	4,7	36,7
		65-74	20,7	1,9	39,1
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	41,0	32,6	48,9
		65-74	25,9	15,0	37,0
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417, 420-429	35-64	21,2	4,7	36,7
		65-74	20,7	1,9	39,1
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	36,5	22,0	49,5
		65-74	4,8	-20,0	30,4
Arteriosklerose	440	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
Aortaaneurisme	441	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
Lungesykdommer					

**Tabell 4.29: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Aust-Agder Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskrives røyking høy (%)
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64 65-74	27,326,6	3,7 0,0	48,150,5
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64 65-74	78,6 78,3	63,4 60,7	87,9 88,5
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64 65-74	78,6 78,3	63,4 60,7	87,9 88,5
Bronkial astma	493	35-64 65-74	27,326,6	3,7 0,0	48,150,5
KVINNER					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64 65-74	46,6 36,1	45,2 31,8	48,0 39,9
Spiserør (øsofagus)	150	35-64 65-74	50,7 39,5	49,4 35,1	52,0 43,3
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64 65-74	15,8 9,5	15,3 8,3	16,3 10,7
Strupe (larynx)	161	35-64 65-74	64,2 52,8	63,0 48,3	65,4 56,6
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64 65-74	81,5 73,5	80,7 69,7	82,2 76,4
Urinblære	188	35-64 65-74	37,8 27,5	36,6 24,0	39,0 30,6
Nyre	189	35-64 65-74	13,5 8,0	13,0 7,0	14,0 9,0
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64 65-74	19,2 12,9	4,5 1,8	33,8 27,1
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64 65-74	38,1 16,3	30,1 8,6	45,9 25,5
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417, 420-429	35-64 65-74	19,2 12,9	4,5 1,8	33,8 27,1
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64 65-74	33,7 20,2	20,2 3,3	46,5 40,8

**Tabell 4.29: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Aust-Agder Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskrives røyking høy (%)
Arteriosklerose	440	35-64	49,3	28,7	66,9
		65-74	35,2	16,8	55,3
Aortaaneurisme	441	35-64	49,3	28,7	66,9
		65-74	35,2	16,8	55,3
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	49,3	28,7	66,9
		65-74	35,2	16,8	55,3
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64	24,9	3,6	44,9
		65-74	17,1	1,0	37,2
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	76,4	60,5	86,5
		65-74	67,1	45,4	81,9
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	76,4	60,5	86,5
		65-74	67,1	45,4	81,9
Bronkial astma	493	35-64 65-74	24,9 17,1	3,6 1,0	44,9 37,2

**Tabell 4.30: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Vest-Agder. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
MENN					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	49,9	48,5	51,1
		65-74	50,5	47,4	53,2
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	53,9	52,6	55,1
		65-74	53,7	50,7	56,4
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	17,3	16,7	17,9
		65-74	14,6	13,3	15,9
Strupe (larynx)	161	35-64	67,0	65,9	68,1
		65-74	66,3	63,6	68,7

**Tabell 4.30: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Vest-Agder. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	83,3	82,6	84,0
		65-74	83,1	81,3	84,5
Urinblære	188	35-64	40,8	39,6	41,9
		65-74	40,0	37,2	42,6
Nyre	189	35-64	14,8	14,3	15,3
		65-74	12,5	11,3	13,6
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	21,2	4,7	36,7
		65-74	20,7	1,9	39,1
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	41,0	32,6	48,9
		65-74	25,9	15,0	37,0
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	21,2	4,7	36,7
	420-429	65-74	20,7	1,9	39,1
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	36,5	22,0	49,5
		65-74	4,8	-20,0	30,4
Arteriosklerose	440	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
Aortaaneurisme	441	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64	27,3	3,7	48,1
		65-74	26,6	0,0	50,5
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	78,6	63,4	87,9
		65-74	78,3	60,7	88,5
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	78,6	63,4	87,9
		65-74	78,3	60,7	88,5
Andre lungesykdommer (bronkial astma)	493	35-64	27,3	3,7	48,1
		65-74	26,6	0,0	50,5

KVINNER

Kreft

**Tabell 4.30: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Vest-Agder. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	46,4	45,0	47,7
		65-74	35,7	31,4	39,4
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	50,6	49,3	51,9
		65-74	39,2	34,9	42,9
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	16,1	15,5	16,6
		65-74	9,7	8,5	10,9
Strupe (larynx)	161	35-64	64,2	63,0	65,3
		65-74	52,6	48,1	56,3
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	81,4	80,6	82,2
		65-74	73,2	69,5	76,1
Urinblære	188	35-64	37,8	36,6	39,0
		65-74	27,3	23,9	30,4
Nyre	189	35-64	13,8	13,3	14,3
		65-74	8,2	7,2	9,2
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	19,1	4,8	33,5
		65-74	12,8	2,0	26,7
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	38,3	30,4	46,0
		65-74	16,1	8,6	25,1
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	19,1	4,8	33,5
	420-429	65-74	12,8	2,0	26,7
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	33,9	20,7	46,4
		65-74	20,2	3,9	40,4
Arteriosklerose	440	35-64	49,8	29,1	67,4
		65-74	35,7	17,1	55,8
Aortaaneurisme	441	35-64	49,8	29,1	67,4
		65-74	35,7	17,1	55,8
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	49,8	29,1	67,4
		65-74	35,7	17,1	55,8
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64	24,9	4,1	44,6
		65-74	17,0	1,3	36,7
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	76,3	60,5	86,4

**Tabell 4.30: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Vest-Agder. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
		65-74	66,8	45,3	81,7
Kronisk obstruktiv lungesykdom	496	35-64	76,3	60,5	86,4
(uspesifisert)		65-74	66,8	45,3	81,7
Bronkial astma	493	35- 64 65- 74	24,917,0	4,1 1,3	44,636,7

**Tabell 4.31: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Rogaland. Samme beregninger som for hele landet (tabell 7a), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
<b>MENN</b>					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	49,8	48,4	51,1
		65-74	51,0	47,9	53,7
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	53,6	52,3	54,8
		65-74	54,0	51,0	56,7
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	16,4	15,9	17,0
		65-74	13,9	12,6	15,1
Strupe (larynx)	161	35-64	66,6	65,5	67,7
		65-74	66,4	63,6	68,7
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	83,1	82,3	83,8
		65-74	83,2	81,4	84,6
Urinblære	188	35-64	40,3	39,1	41,5
		65-74	40,0	37,2	42,6
Nyre	189	35-64	14,1	13,6	14,6
		65-74	11,8	10,7	12,9
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	20,9	4,0	36,8
		65-74	20,7	1,1	39,7
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	40,2	31,7	48,3

**Tabell 4.31: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Rogaland. Samme beregninger som for hele landet (tabell 7a), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-åringsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
		65-74	26,2	14,9	37,5
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	20,9	4,0	36,8
	420-429	65-74	20,7	1,1	39,7
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	35,7	20,9	49,2
		65-74	3,7	-22,4	30,2
Arteriosklerose	440	35-64	50,5	29,7	67,9
		65-74	45,5	24,4	64,8
Aortaaneurisme	441	35-64	50,5	29,7	67,9
		65-74	45,5	24,4	64,8
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	50,5	29,7	67,9
		65-74	45,5	24,4	64,8
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64	26,9	2,7	48,1
		65-74	26,6	-1,2	51,1
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	78,4	62,9	87,8
		65-74	78,5	60,6	88,6
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	78,4	62,9	87,8
		65-74	78,5	60,6	88,6
Bronkial astma	493	35-64	26,9	2,7	48,1
		65-74	26,6	1,2	51,1
<b>KVINNER</b>					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	46,2	44,8	47,6
		65-74	35,8	31,5	39,6
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	50,3	48,9	51,6
		65-74	39,2	34,8	43,0
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	15,5	15,0	16,0
		65-74	9,3	8,1	10,5
Strupe (larynx)	161	35-64	63,8	62,6	65,0
		65-74	52,4	47,9	56,2
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	81,2	80,4	82,0
		65-74	73,2	69,4	76,1



**Tabell 4.31: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Rogaland. Samme beregninger som for hele landet (tabell 7a), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-åringundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskriv es røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
Urinblære	188	35-64	37,4	36,2	38,6
		65-74	27,2	23,7	30,3
Nyre	189	35-64	13,3	12,8	13,7
		65-74	7,9	6,9	8,9
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	18,9	4,3	33,5
		65-74	12,7	1,7	26,9
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	37,7	29,7	45,5
		65-74	16,1	8,5	25,3
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	18,9	4,3	33,5
	420-429	65-74	12,7	1,7	26,9
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	33,3	19,9	46,1
		65-74	19,9	3,2	40,5
Arteriosklerose	440	35-64	48,7	28,2	66,4
		65-74	34,7	16,5	54,7
Aortaaneurisme	441	35-64	48,7	28,2	66,4
		65-74	34,7	16,5	54,7
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	48,7	28,2	66,4
		65-74	34,7	16,5	54,7
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64 65-74	24,616,9	3,4 1,0	44,637,0
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	76,1	60,1	86,3
		65-74	66,8	45,0	81,7
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	76,1	60,1	86,3
		65-74	66,8	45,0	81,7
Bronkial astma	493	35-64 65-74	24,616,9	3,4 1,0	44,637,0

**Tabell 4.32: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Sogn og Fjordane. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
MENN					
Kreft					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	49,9	48,5	51,1
		65-74	50,5	47,4	53,2
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	53,9	52,6	55,1
		65-74	53,7	50,7	56,4
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	17,3	16,7	17,9
		65-74	14,6	13,3	15,9
Strupe (larynx)	161	35-64	67,0	65,9	68,1
		65-74	66,3	63,6	68,7
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	83,3	82,6	84,0
		65-74	83,1	81,3	84,5
Urinblære	188	35-64	40,8	39,6	41,9
		65-74	40,0	37,2	42,6
Nyre	189	35-64	14,8	14,3	15,3
		65-74	12,5	11,3	13,6
Hjerte-karsykdommer					
Hypertensjon	401-404	35-64	21,2	4,7	36,7
		65-74	20,7	1,9	39,1
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	41,0	32,6	48,9
		65-74	25,9	15,0	37,0
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417, 420-429	35-64	21,2	4,7	36,7
		65-74	20,7	1,9	39,1
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	36,5	22,0	49,5
		65-74	4,8	-20,0	30,4
Arteriosklerose	440	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
Aortaaneurisme	441	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	52,0	31,0	69,3
		65-74	47,0	25,5	66,2
Lungesykdommer					

**Tabell 4.32: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Sogn og Fjordane. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
Lungebetennelse(pneumoni) og influ- ensa	480-487	35-64	27,3	3,7	48,1
		65-74	26,6	0,0	50,5
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	78,6	63,4	87,9
		65-74	78,3	60,7	88,5
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	78,6	63,4	87,9
		65-74	78,3	60,7	88,5
Bronkial astma	493	35-64	27,3	3,7	48,1
		65-74	26,6	0,0	50,5
<b>KVINNER</b>					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	46,4	44,9	47,8
		65-74	36,4	31,9	40,3
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	50,3	48,8	51,6
		65-74	39,5	35,0	43,4
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	14,8	14,3	15,3
		65-74	8,8	7,7	9,9
Strupe (larynx)	161	35-64	63,6	62,3	64,8
		65-74	52,6	47,9	56,4
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	81,1	80,3	81,9
		65-74	73,4	69,5	76,4
Urinblære	188	35-64	37,2	35,9	38,4
		65-74	27,3	23,7	30,5
Nyre	189	35-64	12,6	12,2	13,1
		65-74	7,5	6,5	8,4
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	18,8	3,6	33,8
		65-74	12,8	1,3	27,6
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	37,1	28,9	45,1
		65-74	16,4	8,5	25,9
Annen hjertesykdom	390-398, 415- 417,	35-64	18,8	3,6	33,8
	420-429	65-74	12,8	1,3	27,6
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	32,8	18,8	45,9
		65-74	19,5	2,1	40,9

**Tabell 4.32: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Sogn og Fjordane. Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking best (%)	Tilskriv es røyking lav (%)	Tilskriv es røyking høy (%)
Arteriosklerose	440	35-64	47,3	27,1	65,1
		65-74	33,4	15,7	53,3
Aortaaneurisme	441	35-64	47,3	27,1	65,1
		65-74	33,4	15,7	53,3
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	47,3	27,1	65,1
		65-74	33,4	15,7	53,3
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64	24,4	2,5	44,9
		65-74	16,9	0,3	37,7
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	76,0	59,7	86,3
		65-74	67,0	44,9	82,0
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	76,0	59,7	86,3
		65-74	67,0	44,9	82,0
Bronkial astma	493	35-64	24,4	2,5	44,9
		65-74	16,9	0,3	37,7

**Tabell 4.33: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Sør-Trøndelag Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive s røyking best (%)	Tilskriv es røykin glav (%)	Tilskriv es røykin ghøy (%)
<b>MENN</b>					
<i>Kreft</i>					
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	48,6	47,2	49,8
		65-74	49,3	46,2	52,0
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	52,6	51,3	53,8
		65-74	52,5	49,5	55,2
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	16,4	15,9	17,0
		65-74	13,9	12,6	15,1
Strupe (larynx)	161	35-64	65,8	64,7	66,9
		65-74	65,2	62,4	67,6

**Tabell 4.33: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Sør-Trøndelag Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive srøyking best (%)	Tilskriv esrøykin glav (%)	Tilskriv esrøykin ghøy (%)
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	82,5	81,8	83,2
		65-74	82,4	80,5	83,9
Urinblære	188	35-64	39,5	38,3	40,6
		65-74	38,8	36,0	41,4
Nyre	189	35-64	14,1	13,6	14,6
		65-74	11,8	10,7	12,9
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	20,3	4,4	35,6
		65-74	19,9	1,7	38,0
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	39,6	31,4	47,5
		65-74	25,0	14,3	35,9
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	20,3	4,4	35,6
	420-429	65-74	19,9	1,7	38,0
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	35,2	21,0	48,2
		65-74	4,4	-19,3	29,3
Arteriosklerose	440	35-64	50,5	29,7	67,9
		65-74	45,5	24,4	64,8
Aortaaneurisme	441	35-64	50,5	29,7	67,9
		65-74	45,5	24,4	64,8
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	50,5	29,7	67,9
		65-74	45,5	24,4	64,8
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-64 65-74	26,225,6	3,3 -0,2	46,849,3
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	77,7	62,2	87,3
		65-74	77,5	59,5	88,0
Kronisk obstruktiv lungesykdom (uspesifisert)	496	35-64	77,7	62,2	87,3
		65-74	77,5	59,5	88,0
Bronkial astma	493	35-64 65-74	26,225,6	3,3 -0,2	46,849,3

KVINNER

Kreft

**Tabell 4.33: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Sør-Trøndelag Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive srøyking best (%)	Tilskriv esrøykin glav (%)	Tilskriv esrøykin ghøy (%)
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35-64	48,1	46,7	49,4
		65-74	37,2	32,9	41,0
Spiserør (øsofagus)	150	35-64	52,3	51,0	53,6
		65-74	40,8	36,5	44,6
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35-64	17,1	16,5	17,7
		65-74	10,3	9,0	11,6
Strupe (larynx)	161	35-64	65,8	64,6	66,9
		65-74	54,3	49,8	58,0
Luftrør, bronkier, lunger	162	35-64	82,5	81,7	83,2
		65-74	74,6	71,0	77,4
Urinblære	188	35-64	39,5	38,2	40,7
		65-74	28,7	25,2	31,9
Nyre	189	35-64	14,7	14,2	15,2
		65-74	8,8	7,7	9,9
<i>Hjerte-karsykdommer</i>					
Hypertensjon	401-404	35-64	20,3	5,1	35,1
		65-74	13,6	2,2	28,0
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	40,0	31,9	47,7
		65-74	17,1	9,2	26,4
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417,	35-64	20,3	5,1	35,1
	420-429	65-74	13,6	2,2	28,0
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	35,5	21,9	48,2
		65-74	21,4	4,2	42,0
Arteriosklerose	440	35-64	51,7	30,6	69,0
		65-74	37,4	18,2	57,6
Aortaaneurisme	441	35-64	51,7	30,6	69,0
		65-74	37,4	18,2	57,6
Andre arterielle sykdommer	442-448	35-64	51,7	30,6	69,0
		65-74	37,4	18,2	57,6
<i>Lungesykdommer</i>					
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35-6465-74	26,218,0	4,4 1,5	46,338,3
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35-64	77,6	62,2	87,2

**Tabell 4.33: Andel av ulike sykdommer som kan tilskrives røyking. Sør-Trøndelag Samme beregninger som for hele landet (tabell 4.11), men andel dagligrøykere og andel tidligere dagligrøykere er justert ved å anta samme forholdet mellom fylkene og landsgjennomsnittet i andel dagligrøykere og tidligere røykere som i Statens helseundersøkelser 40-årsundersøkelser.**

Diagnose	ICD-9-kode	Alder	Tilskrive srøyking best (%)	Tilskriv esrøykin glav (%)	Tilskriv esrøykin ghøy (%)
		65-74	68,4	47,1	82,7
Kronisk obstruktiv lungesykdom	496	35-64	77,6	62,2	87,2
(uspesifisert)		65-74	68,4	47,1	82,7
Bronkial astma	493	35- 64 65- 74	26,218,0	4,4 1,5	46,338,3

**Tabell 4.34: Relativ risiko for dødelighet av ulike røykerelaterte sykdommer etter røykestatus, menn. Basert på 4 års dødelighet i CPS II**

Underliggende dødsårsak	ICD-9- kode	Alder sgruppe	RR	RR	RR	RR	RR	RR
			Daglig røyker	Daglig røyker	Daglig røyker	Tidlig ere røyker	Tidlig ere røyker	Tidlig ere røyker
			Best	Lav	Høy	Best	Lav	Høy
<b>MENN</b>								
<i>Kreft</i>								
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35+	27,48	9,96	75,83	8,80	3,15	24,59
Spiserør (øsofagus)	150	35+	7,60	3,81	15,17	5,83	3,02	11,25
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35+	2,14	1,62	2,82	1,12	0,86	1,45
Strupe (larynx)	161	35+	10,48	3,61	30,43	5,24	1,83	14,99
Luftrør, bronkier, lunger	162	35+	22,36	17,77	28,13	5,24	1,83	14,99
Urinblære	188	35+	2,86	1,85	4,44	1,90	1,28	2,82
Nyre, andre urinorganer	189	35+	2,95	1,92	4,54	1,95	1,31	2,90
<i>Hjerte-karsykdommer</i>								
Hypertensjon	401-404	35+	1,85	1,63	2,10	1,32	1,18	1,48
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	2,81	2,49	3,18	1,75	1,55	1,99
		65+	1,62	1,48	1,77	1,29	1,20	1,38
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417, 420-429	35+	1,85	1,63	2,10	1,32	1,18	1,48

**Tabell 4.34: Relativ risiko for dødelighet av ulike røykerelaterte sykdommer etter røykestatus, menn. Basert på 4 års dødelighet i CPS II**

			RR	RR	RR	RR	RR	RR
Underliggende			Daglig røyker	Daglig røyker	Daglig røyker	Tidlig ere røyker	Tidlige re røyker	Tidlige re røyker
dødsårsak	ICD-9-kode	Alder sgruppe	Best	Lav	Høy	Best	Lav	Høy
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	3,67	2,51	5,36	1,38	0,91	2,07
		65+	1,94	1,58	2,38	1,27	1,07	1,50
Arteriosklerose	440	35+	4,06	3,08	5,35	2,33	1,81	3,01
Aortaaneurisme	441	35+	4,06	3,08	5,35	2,33	1,81	3,01
Andre arterielle sykdommer	442-448	35+	4,06	3,08	5,35	2,33	1,81	3,01
<i>Lungesykdommer</i>								
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35+	1,99	1,52	2,61	1,56	1,25	1,95
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35+	9,65	7,00	13,30	8,75	6,48	11,80
Kronisk obstruktiv lungesykdom	496	35+	9,65	7,00	13,30	8,75	6,48	11,80
Andre lungesykdommer (tub., bronkial astma)	010-012, 493	35+	1,99	1,52	2,61	1,56	1,25	1,95
KVINNER								
<i>Kreft</i>								
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140-149	35+	5,59	3,15	9,91	2,88	1,57	5,26
Spiserør (øsofagus)	150	35+	10,25	4,94	21,27	3,16	1,45	6,85
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	35+	2,33	1,77	3,08	1,78	1,37	2,30
Strupe (larynx)	161	35+	17,78	3,45	91,74	11,88	2,46	57,34
Luftrør, bronkier, lunger	162	35+	11,94	9,99	14,26	4,69	3,86	5,70
Livmorhals (cervix uteri)	180	35+	2,14	1,06	4,30	1,94	0,97	3,87
Urinblære	188	35+	2,58	1,31	5,08	1,85	1,00	3,42
Nyre, andre urinorganer	189	35+	1,41	0,86	2,30	1,16	0,72	1,87
<i>Hjerte-karsykdommer</i>								
Hypertensjon	401-404	35+	1,69	1,42	1,80	1,16	1,00	1,34
Ischemisk hjertesykdom	410-414	35-64	3,00	2,50	3,59	1,43	1,15	1,77
		65+	1,60	1,42	1,80	1,29	1,16	1,43
Annen hjertesykdom	390-398, 415-417, 420-429	35+	1,69	1,42	1,80	1,16	1,00	1,34



**Tabell 4.34: Relativ risiko for dødelighet av ulike røykerelaterte sykdommer etter røykestatus, menn. Basert på 4 års dødelighet i CPS II**

			RR	RR	RR	RR	RR	RR
Underliggende			Daglig røyker	Daglig øyker	Daglig røyker	Tidlig ere røyker	Tidlige re røyker	Tidlige re røyker
dødsårsak	ICD-9- kode	Alder sgruppe	Best	Lav	Høy	Best	Lav	Høy
Cerebrovaskulære sykdommer	430-438	35-64	4,80	3,52	6,54	1,41	0,94	2,13
		65+	1,47	1,19	1,81	1,01	0,83	1,24
Arteriosklerose	440	35+	3,00	2,20	4,08	1,34	0,95	1,90
Aortaaneurisme	441	35+	3,00	2,20	4,08	1,34	0,95	1,90
Andre arterielle sykdommer	442-448	35+	3,00	2,20	4,08	1,34	0,95	1,90
<i>Lungesykdommer</i>								
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480-487	35+	2,18	1,60	2,97	1,38	1,04	1,84
Kronisk bronkitt, emfysem	491-492	35+	10,47	7,78	14,09	7,04	5,33	9,30
Kronisk obstruktiv lungesykdom	496	35+	10,47	7,78	14,09	7,04	5,33	9,30
Andre lungesykdommer (tub., bronkial astma)	010-012,493	35+	2,18	1,60	2,97	1,38	1,04	1,84

## Vedlegg 5

# Utgifter til sykehusbehandling for pasienter med tobakksrelaterte sykdommer

*Marit Pedersen og Jon Magnussen, April 2000, NIS – Helsetjenesteforskning, SINTEF Unimed*

## 1 Innledning

---

### 1.1 Bakgrunn

Statens tobakksskaderåd (STR) har gitt Statens Helseundersøkelser (SHUS) og SINTEF Unimed NIS – Helsetjenesteforskning (NIS) i oppdrag å beregne fylkesvise utgifter for behandling av tobakksrelaterte sykdommer og skader. Oppdraget har vært delt mellom SHUS og NIS på følgende måte:

- SHUS har beregnet hvor stor andel av sykkelighet innen nærmere bestemte diagnoser (se bilag 1) som kan tilskrives tobakksrøyking.
- NIS har beregnet totale utgifter pr fylke for behandling av innlagte pasienter innenfor diagnosene som er listet opp i bilag 1. Dette er benyttet sammen med andel av sykkelighet som kan tilskrives tobakksrøyking, for å anslå utgifter for behandling av tobakksrelaterte sykdommer og skader.

I denne rapporten vil vi gå nærmere inn på metoden som er benyttet for å beregne totale utgifter pr fylke for behandling av diagnosene det er gitt en oversikt over i bilag 1. Vi vil også presentere resultater basert på metoden for utgiftsberegning som er benyttet. Metode for beregning av hvor stor andel innen de gitte diagnoser som kan tilskrives røyking er dokumentert av SHUS (Selmer, 2000).

### 1.2 Avgrensninger

I denne rapporten presenteres altså fylkesvise anslag over utgifter til behandling av pasienter med tobakksrelaterte sykdommer. Før vi går inn på de enkelte beregningene er det nødvendig med noen presiseringer i forhold til utvalg av pasienter, begrepsbruk og tolkning av resultatene.

Datagrunnlaget er pasienter over 35 år. De anslag over tilskrivbar risiko som er gjort for pasienter over 74 år er imidlertid mer usikre enn de anslagene som er gjort for pasienter mellom 35 og 74 år. Av den grunn har vi i bilagene valgt å presentere beregningene for disse to aldersgruppene for seg. Det er verdt å merke seg at eventuelle utgifter knyttet til poliklinisk behandling her ikke har vært tilgjengelige.

De tall som presenteres er utgiftstall, ikke samfunnsøkonomiske kostnader. Når begrepet kostnader fra tid til annen benyttes er dette relatert til begreper som er godt innarbeidet i norsk terminologi, som f.eks. «kostnadssted», «kostnadsvekt» eller «kostnadsfordeling».

Anslagene over fylkeskommunale utgifter til sykehusbehandling skal ikke forveksles med anslag over samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til røyking. For det første vil altså reelle kostnader kunne avvike fra beregnede utgifter, for det andre vil det kunne være andre kostnader knyttet til

tobakksrøyking som ikke er relatert til sykehusbruk og, for det tredje, inngår heller ikke alle utgifter til sykehusbehandling i disse analysene, jfr punkt 2.2.

Anslagene over utgifter til sykehusbehandling skal heller ikke gis en direkte tolkning som «netto merutgifter som skyldes røyking». I den grad røyking fører til en nedkorting av gjennomsnittlig livslengde er det grunn til å tro at en rekke individer, som i en situasjon uten røyking ville ha vært i live, ville ha hatt behov for sykehusbehandling, og dermed påført fylkeskommunene utgifter. Spørsmålet om hvilke merutgifter sykehusene spesielt og helsesektoren generelt påføres som et resultat av røyking bør derfor ideelt sett analyseres gjennom en modell for hvordan røyking påvirker helsetjenesteforbruket over hele livsløpet.

Eksempler på slike analyser er Leu & Schaub (1984) og Manning et al (1989). Begge disse indikerer at utgifter til helsetjenester er mindre over en røykers livsløp enn hva de er over livsløpet til en ikke-røyker. Verd å nevne er også Stoddard et al (1986) som gjør en liknende regneøvelse som den som foretas i denne rapporten. Her sammenholdes imidlertid utgifter til sykehustjenester og øvrige legetjenester med de inntektene offentlige myndigheter i Canada har gjennom tobakksavgift. Konklusjonen er at utgiftene til røykerelaterte helsetjenester mer enn dekkes inn gjennom avgifter på tobakk. Vi understreker at denne type sammenlikninger ikke har vært tema for denne rapporten.

Endelig skal det påpekes at innføringen av Innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 førte til at staten direkte refunderer deler av fylkeskommunenes utgifter til sykehustjenester. I 1998 var refusjonssatsen 45 % av gjennomsnittlig behandlingsskostnad. Dette innebærer at i gjennomsnitt 45 % av de beregnede utgiftene som her presenteres ble finansiert gjennom en statlig refusjon, mens i gjennomsnitt 55 % ble finansiert fra fylkeskommunenes frie inntekter.

## **2 Metode for utgiftsberegning**

---

### **2.1 Innledning**

De analyser som gjennomføres i denne rapporten baseres på en beregning av gjennomsnittlige utgifter til behandling innenfor ulike alders-, kjønns- og diagnosegrupper. For å komme fram til disse har vi benyttet et pasientklassifiseringssystem betegnet «Diagnoserelaterte grupper» (DRG). Analysene hviler på disse gruppenes medisinske og ressursmessige homogenitet og på de kostnadsvekter som er knyttet til hver og en av dem. Vi skal derfor bruke noe plass på en beskrivelse av både systemet og hvilken framgangsmåte som er benyttet ved beregning av utgifter.

Hver innlagte pasient som er behandlet ved norske sykehus tilordnes en DRG med en tilhørende *kostnadsvekt*. Kostnadsvekten reflekterer forventet gjennomsnittlig ressursbehov ved behandling av pasienter i en DRG. Kostnadsvekt lik 1 betyr at behandling av pasientens diagnose er gjennomsnittlig ressurskrevende. Kostnadsvektene er grunnlaget for Sosial- og Helsedepartementets (SHD) beregning av antall DRG-poeng generert av sykehusene. Antall DRG-poeng er i dag en del av grunnlaget for finansiering av pasientbehandling på norske sykehus. Summen av DRG-poeng generert av tobakks-

relaterte diagnoser, sammen med utgift pr vektenhet, er i dette arbeidet utgangspunktet for å beregne fylkesvise utgifter for behandling av tobakksrelaterte sykdommer og skader.

Totale driftsutgifter for behandling av innlagte pasienter på sykehus i Norge i løpet av en bestemt tidsperiode, dividert på summen av DRG-poeng de samme sykehusene har generert i løpet av samme tidsperiode, gir en gjennomsnittlig utgift pr vekt-enhet for norske sykehus. For 1998 ble utgift pr vektenhet beregnet til kr 27 079 (for nærmere redegjørelse, se SAMDATA Sykehus – rapport nr 4/1999 fra SINTEF UNIMED NIS – Helsetjenesteforskning).

Før vi ser nærmere på fylkesvise utgifter for behandling av de gitte diagnoser, vil vi kort gjennomgå prinsippet for beregning av kostnadsvekter.

## **2.2 Beregning av kostnadsvekter**

Vi skal først beskrive DRG-systemet noe nærmere, samt redegjøre for bruken av dette i Norge i dag.

DRG er et klassifiseringssystem til bruk på somatiske akuttsykehus. Systemet grupperer sykehusoppholdene i grupper som er medisinsk sett meningsfulle og ressursmessig sett mest mulig homogene. Systemet er ikke beregnet til bruk på poliklinikker eller for psykiatriske avdelinger/sykehus.

DRG – systemet ble utviklet på 1970-tallet ved Yale-universitetet i USA. Systemet ble første gang tatt i bruk i større skala i staten New Jersey i 1980, der det ble benyttet som grunnlag for stykkprisfinansiering av alle sykehustjenester. I 1983 tok en i bruk det samme systemet i hele USA for medicarepasienter (sykeforsikring for pensjonister og funksjonshemmede).

I Norge har DRG – systemet blitt benyttet siden slutten av 1980-tallet. Her har det i hovedsak to anvendelsesområder. Det første anvendelsesområdet er produktivitets- og aktivitetsanalyser i sykehus, hvor DRG-systemet benyttes for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning. Det andre anvendelsesområdet er som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. Pr i dag benyttes DRG-systemet med tilhørende norske kostnadsvekter som basis for innsatsstyrt finansiering (ISF) som ble igangsatt fra 1. juli 1997.

Kostnadsvektene er sentrale, både som et uttrykk for relativt ressursbehov, som et grunnlag for beregning av forventet utgift og som grunnlag for de statlige refusjonene gjennom ISF. En grundig dokumentasjon av hvordan kostnadsvektene er beregnet finnes i Nyland, Pedersen og Solstad (1999); her skal vi gi en kort gjennomgang av de viktigste prinsippene.

Kostnadsvektene er basert på faktiske utgifter knyttet til pasientbehandling fra et utvalg sykehus. Siste beregning av kostnadsvekter til DRG-systemet baserte seg på utgiftsdata fra 9 sykehus. Disse 9 sykehusene bestod av 3 regionsykehus, 2 sentralsykehus, 2 store lokalsykehus og 2 lokalsykehus<sup>1116</sup>.

Her vil vi kort gå inn på hvilke utgifter som ligger til grunn når utgifter vedrørende behandling av innlagte pasienter defineres. Deretter vil vi kort gå inn på hvordan disse utgiftene relateres til DRG'ene. Til slutt vil vi komme inn

<sup>1116</sup> Disse sykehusene var Aker Sykehus, Buskerud Sentralsykehus, Bærum Sykehus, Haukeland Sykehus, Innherred Sykehus, Regionsykehuset i Tromsø, Regionsykehuset i Trondheim, Sentralsykehuset i Akershus og Fylkessykehuset på Stord.

på mulige problemer ved anvendelse av kostnadsvektene som utgangspunkt for beregning av faktiske behandlingsutgifter.

Kostnadsvektene er beregnet på grunnlag av sykehusenes driftsutgifter knyttet til behandling av innlagte pasienter. Dette innebærer bl.a. at utgifter knyttet til poliklinisk drift og annen dagbehandling ikke inngår. Kapitalutgifter inngår heller ikke da disse ikke finansieres via sykehusenes driftsbudsjetter. Dette betyr at faktiske behandlingsutgifter underestimeres noe, spesielt ved behandling av diagnoser hvor kostbart medisinsk utstyr benyttes i sterk grad. Utgifter knyttet til universitetsfunksjoner er også holdt utenom, da disse ikke skal henføres til behandling av innlagte pasienter.

Sykehusenes driftsutgifter deles inn i 8 kostnadstyper før kostnadene fordeles ut til diagnoser. Disse kostnadstypene er:

- *Grunnkostnad*. Dette er i hovedsak utgifter til drift av sengeavdelinger, etter at medisinerutgifter og utgifter for direkte pleie (se nedenfor) er trukket ut.
- *Direkte pleiekostnad*. Dette er anslått til å utgjøre 40 prosent av pleiekostnader på sengeavdelingene.
- *Medisinkostnad*. Her inngår utgifter for det som kan defineres som medisiner brukt til behandling av innlagte pasienter.
- *Operasjonskostnad*. Denne kostnadstypen inneholder i tillegg til utgifter til drift av operasjonsstuer, utgifter for anestesi til operasjon av innlagte pasienter.
- *Røntgenkostnad*, for innlagte pasienter.
- *Strålebehandlingskostnad*, for stråling utført på innlagte pasienter.
- *Laboratoriekostnad*, for lab-prøver vedrørende innlagte pasienter
- *Intensivbehandlingskostnad*, inneholder utgifter ved drift av sykehusenes intensivavdelinger.

Hver kostnadstype fordeles ut pr DRG ved hjelp av fordelingsnøkler. Fordelingsnøkkelen skal reflektere ressursbruk for den aktuelle kostnadstypen under behandlingen av en gitt DRG. Fordelingsnøkklene skal gi uttrykk for gjeldende medisinske praksis og teknologi. Utgift pr DRG settes sammen av kostnadskomponenter fra de kostnadstypene de faktisk forbruker. Dette er prinsippet for beregning av utgift pr DRG, og *kostnadsvekten* gjenspeiler det relative forholdet mellom utgift pr DRG.

Beregningene i denne rapporten baseres på en gjennomsnittsutgift pr vektenhet, kombinert med sum av vektenheter som de aktuelle diagnoser genererer. Såfremt kostnadsvekten og utgift pr vektenhet er korrekt, er dette en uproblematisk framgangsmåte. Nedenfor kommenteres hva som skjer hvis disse to forutsetningene ikke er til stede.

Korrekt kostnadsvekt er avhengig av at nøkkelen for fordeling av de ulike kostnadstyper er riktig. Fordelingsnøkklene for hver kostnadstype er basert på studier av faktisk ressursbruk innenfor hver DRG. Disse vil være beheftet med en viss usikkerhet, både fordi de baserer seg på studier fra enkeltsykehus, og at de dels ikke reflekterer dagens medisinske praksis godt nok. Konsekvensen av dette kan bli at kostnadsvekten ikke er «korrekt» for sykehuset (eller gruppen av sykehus) vi betrakter. F eks kan fordelingsnøkkelen for røntgenkostnader til en gitt DRG baseres på at det inngår 4 røntgenunder-

søkelser i behandlingen, mens sykehuset faktisk kun benytter 2. Dermed vil kostnadsvekten for DRG'en vi betrakter være for høy sammenlignet med sykehusets medisinske praksis. Et annet eksempel kan være at et sykehus har tatt i bruk en ny og kostnadskrevenende operasjonsteknikk, men at dette ikke gjenspeiler seg i fordelingsnøkkelen for operasjonskostnader – og at kostnadsvekten dermed blir for lav for den DRG'en vi betrakter.

Utgift pr vektenhet er basert på et landsgjennomsnitt for somatiske sykehus. Selv om kostnadsvektene, dvs det relative kostnadsforholdet mellom DRG'ene, er korrekte, kan ulike sykehus utføre samme type pasientbehandling til forskjellig utgift. Gitt at kostnadsvekten er korrekt, kan forskjellig kostnadsnivå f.eks skyldes ulik organisering av aktivitet og bygninger, og ulikt lønnsnivå. Hvis kostnadsvektene ikke reflekterer den medisinske praksis til sykehuset (eller gruppen av sykehus) som betraktes, vil dette også påvirke sykehusets kostnadsnivå.

Oppsummert kan vi påpeke at metoden vi har valgt kan være problematisk hvis medisinsk praksis og teknologi, og organisering av sykehusvirksomheten varierer mye fra sykehus til sykehus. Konsekvensen er at observert utgift pr vektenhet varierer mellom sykehusene (se Rønningen, 1999). Imidlertid har 87 prosent av DRG-sykehusene et utgiftsnivå som avviker mindre enn 15 prosent fra gjennomsnittlig utgift pr vektenhet. På fylkesnivå vil avvikene også utjevne seg en del. Innenfor rammen av denne analysen har vi valgt å basere oss på gjennomsnittlig utgift pr vektenhet. Det er mulig å benytte utgift pr vektenhet fra det sykehus pasienten faktisk er behandlet på, men resultatene vil ikke endre seg substansielt. I tillegg vil det også være en nullsum-endring – i den forstand at utgiftene for noen fylker vil gå noe ned, mens utgiftene for andre fylker vil øke noe.

### **2.3 Sykdomsgrupper**

SHUS har oversendt NIS en liste over hoveddiagnoser (se bilag 1) hvor en viss andel av sykdomstilfellene kan tilskrives tobakksrøyking. Hoveddiagnosene er basert på ICD-9 koder på 3-sifternivå. Tilskrivbar sannsynlighet for at tobakksrøyking har forårsaket sykdomstilfellet er beregnet av SHUS for kvinner og menn i aldersgruppene 35–64 år, 65–74 år og 74 år og over. Disse beregningene er utført pr fylke, og som landsgjennomsnitt. Hvorfor de gitte hoveddiagnoser og aldersgrupper er valgt, samt metode og datagrunnlag, er nærmere dokumentert av SHUS.

I dette arbeidet har vi for hvert fylke beregnet ressursbruk knyttet til å behandle innlagte pasienter på norske sykehus innenfor de gitte hoveddiagnoser, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Utgangspunktet for dette er nasjonal pasientdatafil for innlagte pasienter på norske sykehus i 1998. Dermed har vi beregnet utgifter for sykehusbehandling av de gitte diagnoser for 1998. Denne pasientdatafilen har en record pr utskrevet pasient som inneholder bl a informasjon om pasientens bostedsfylke, alder, kjønn, hoveddiagnose, DRG og kostnadsvekt. Fullstendig recordbeskrivelse finnes i rapporten «SAMDATA Sykehus»-rapport nr 4/1999 fra SINTE Unimed NIS – Helsetjenesteforskning. For de utvalgte hoveddiagnosene har vi da summert kostnadsvekter, fordelt på aldersgrupper, kjønn og bostedsfylke. Sum kostnadsvekter for de aktuelle undergruppene multipliseres med gjennomsnittlig utgift pr vektenhet, og vi får da angitt hva det har kostet for fylket å behandle de utvalgte diagnosene.

Utgiftene er fordelt på hoveddiagnoser, aldersgrupper og kjønn. Før vi kommenterer hvordan utgift for pasientbehandling som kan tilskrives tobakksrøyking beregnes, vil vi kort kommentere forholdet mellom hoveddiagnose og DRG.

Hver utskrevet pasient fra norske sykehus blir tilordnet en DRG. Pasienten grupperes til DRG bl a på bakgrunn av informasjon om hoveddiagnose, eventuelle bidiagnoser, eventuelle operasjons- og prosedyrekoder og alder. Dette betyr at pasienter med samme hoveddiagnose ikke nødvendigvis havner i samme DRG. Beregning av utgifter for pasientbehandling baserer seg på kostnadsvekten som er DRG-spesifikk. Dette vil med andre ord si at utgiften for behandling av en bestemt diagnose er avhengig av hva som er registrert utført – og dermed hvilken DRG pasienten faktisk er gruppert til.

Beregnet utgift for behandling av en gitt diagnose, fordelt på aldersgrupper og kjønn, kan kombineres med tilskrivbar sannsynlighet for at sykdommen eller skaden skyldes tobakksrøyking. Fylkesvise, oppsummerende resultater av denne beregningen presenteres i pkt. 3 nedenfor. Fullstendige, fylkesvise utgiftsberegninger pr diagnose fordelt på aldersgrupper og kjønn presenteres i bilag 3 og 5.

### 3 Resultater

---

I dette avsnittet presenteres oppsummerende tabeller med resultater av utgiftsberegningen.

For hvert fylke, og for landet samlet, har SHUS beregnet tilskrivbar sannsynlighet for at sykdomstilfeller innen visse diagnoser skyldes tobakksrøyking, og disse sannsynlighetene er spesifikke for kjønn og de to aktuelle aldersgruppene. Enkelte fylker har signifikant lavere tilskrivbar sannsynlighet for at en gitt andel av sykdomstilfeller skyldes tobakksrøyking<sup>1117</sup>. For disse fylkene er denne lavere sannsynligheten benyttet i utgiftsberegningen. For resten av fylkene er gjennomsnittandel for landet samlet benyttet i utgiftsberegningen.

Vi har valgt følgende presentasjonsform. Først presenteres utgiftstall basert på beste estimat for tilskrivbar sannsynlighet. Disse tallene presenteres samlet (pkt. 3.1), etter diagnosegruppe (pkt. 3.2) og etter alder (pkt. 3.3). Deretter fokuserer vi på de usikkerheter som ligger i anslagene for tilskrivbar sannsynlighet. Denne usikkerheten er av SHUS håndert på to måter. For det første er det beregnet et 95 % konfidensintervall rundt hvert estimat for aldersgruppen 35–74 år. For det andre er det for aldersgruppen over 74 år beregnet et lavt anslag. For det tredje er det for kreftdiagnosene også presentert risikotall basert på to studier som resulterte i henholdsvis lave og høye tall over tilskrivbar risiko. Med ulike anslag for ulike alders- og diagnosegrupper kan usikkerheten i prinsippet håndteres på flere måter. Vi har valgt å illustrere usikkerheten gjennom å presentere to anslag basert på lav tilskrivbar sannsynlighet og to anslag basert på høy tilskrivbar sannsynlighet. Disse diskuteres nærmere i pkt. 3.4.

---

1117.Dette er Akershus, Buskerud, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland, Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag.

### 3.1 Utgifter samlet

Tabell 5.1 nedenfor viser utgifter for sykehusbehandling som kan tilskrives tobakksrøyking, beregnet ut fra metoden skissert i pkt. 2.

**Tabell 5.1: Fylkesvise utgifter (1000 kr) for sykehusbehandling som kan tilskrives tobakksrøyking, fordelt på kvinner og menn. 1998. Utgifter basert på beste estimat for tilskrivbar sannsynlighet.**

Fylke	Sum utgifter Menn	Sum utgifter Kvinner	Sum utgifter Totalt
Østfold	88 982	49 303	138 286
Akershus	94 908	53 014	147 922
Oslo	99 873	73 502	173 375
Hedmark	52 401	29 321	81 721
Oppland	48 742	28 366	77 108
Buskerud	57 913	36 211	94 123
Vestfold	58 789	30 774	89 564
Telemark	47 663	25 738	73 401
Aust-Agder	29 124	17 517	46 641
Vest-Agder	39 982	22 207	62 188
Rogaland	75 807	41 223	117 030
Hordaland	99 387	55 779	155 166
Sogn og Fjordane	33 430	13 272	46 703
Møre og Romsdal	65 863	32 538	98 401
Sør-Trøndelag	68 164	38 880	107 044
Nord-Trøndelag	36 324	20 360	56 684
Nordland	76 250	37 346	113 597
Troms	37 393	19 260	56 653
Finnmark	23 117	10 270	33 387
Landet samlet	1 134 112	634 881	1 768 993

Ut fra gjennomsnittsbetraktninger har vi beregnet sykehusutgifter knyttet til behandling av tobakksrelaterte sykdommer og skader i løpet av 1998. En tolkning av dette vil da være at hvis disse sykdomstilfellene ikke hadde inntruffet – så ville disse utgiftene kunne vært unngått. Dette kan være riktig, såfremt omfanget av sykdomstilfeller er av et visst volum. Hvis omfanget av sykdomstilfeller er lite, kan man på kort sikt argumentere for at sykehuset uansett ikke ville hatt noen mulighet til å kutte ned på personellinnsatsen og sykehusets eller sykehusavdelingens størrelse. Det vil si at den marginale utgiftsbesparelsen ved å ha unngått disse sykdomstilfellene ikke nødvendigvis er like stor som gjennomsnittsutgiftene for å behandle disse diagnosene. Bilag 2 viser hvor store andeler av sykdomstilfeller innen de gitte diagnoser som kan tilskrives tobakksrøyking. Dette kan gi en pekepinn om omfanget av sykdomstilfeller – og dermed også en antydning om det kan være et reellt innspareingspotensiale. På lang sikt kan det argumenteres med at



sykehusene vil kunne tilpasse sin kapasitet til et lavere nivå på aktiviteten, og dermed at de gjennomsnittsbetraktninger som her er benyttet er holdbare.

Det er også verdt å merke seg at denne utgiftsberegningen kun baserer seg på driftsutgifter for behandling av gitte diagnoser. Kapitalutgifter<sup>1118</sup> er med andre ord holdt utenom i denne beregningen (se også pkt. 2). Dette betyr bl a at utgifter for investeringer i medisinsk utstyr ikke inngår – noe som innebærer at behandlingsutgiftene som benyttes her er for lave. Særlig vil utgiftene være for lave for behandling av diagnoser hvor kostbart medisinsk teknisk utstyr i sterk grad benyttes.

### 3.2 Utgifter etter diagnose

Tabell 5.2 viser resultater på et mer disaggregert nivå. Her er beregnede driftsutgifter for sykehusbehandling av tobakksrelaterte sykdommer splittet på diagnosegruppene (kreftsykdommer, hjerte- og karsykdommer og lungesykdommer).

Hjerte- og karsykdommene utgjør hovedtyngden av utgiftene; nær 60 prosent landet sett under ett. Kreft- og lungesykdommer utgjør hver omlag 20 prosent av de totale utgiftene. Dette mønsteret er også svært stabilt mellom fylkene.

### 3.3 Utgifter etter alder

Tabell 5.3 viser fordelingen av samlede utgifter etter aldersgrupper. Vi påpeker igjen at gruppen over 74 år er beheftet med større usikkerhet enn de to andre aldersgruppene.

**Tabell 5.2: Fylkesvise utgifter i 1998 (1000 kr) for sykehusbehandling som kan tilskrives tobakksrøyking, fordelt på kreftsykdommer, hjerte- og karsykdommer og lungesykdommer.**

Fylke	Kreft	Hjerte-kar	Lunge	SUM
Østfold	25 376	85 751	27 159	138 286
Akershus	31 923	85 362	30 637	147 922
Oslo	33 554	98 493	41 328	173 375
Hedmark	13 139	49 092	19 490	81 721
Oppland	12 118	48 646	16 343	77 108
Buskerud	18 285	56 435	19 403	94 123
Vestfold	20 572	52 723	16 268	89 564
Telemark	12 155	44 041	17 205	73 401
Aust-Agder	10 357	25 140	11 143	46 641
Vest-Agder	15 665	31 069	15 454	62 188
Rogaland	21 316	67 702	28 012	117 030
Hordaland	32 256	82 225	40 685	155 166
Sogn og Fjordane	9 681	28 217	8 805	46 703
Møre og Romsdal	19 583	59 724	19 094	98 401

1118. Mindre utstyrskjøp vil være med (<50 000 kr), men hverken avskrivninger eller direkte investeringsutgifter er med. Tall for reelle kapitalkostnader ved sykehusene er svært vanskelig å framskaffe.

**Tabell 5.2: Fylkesvise utgifter i 1998 (1000 kr) for sykehusbehandling som kan tilskrives tobakksrøyking, fordelt på kreftsykdommer, hjerte- og karsykdommer og lungesykdommer.**

Fylke	Kreft	Hjerte-kar	Lunge	SUM
Sør-Trøndelag	17 797	64 090	25 157	107 044
Nord-Trøndelag	9 354	34 758	12 573	56 684
Nordland	22 422	71 291	19 884	113 597
Troms	12 169	35 604	8 880	56 653
Finnmark	6 441	21 485	5 460	33 387
Landet samlet	344 164	1 041 849	382 980	1 768 993

Det er en ganske jevn fordeling mellom de tre aldersgruppene. Gruppen over 74 år står for omlag en tredjedel av de samlede utgiftene. Det er også her et noenlunde stabilt mønster mellom fylkene. Unntaket er de to nordligste fylkene, som har en noe lavere andel av sine utgifter blant de over 74 år. En nærliggende forklaring er at disse fylkene har en noe høyere dødelighetsrate for denne alderskategorien.

### 3.4 Følsomhetsanalyser

I dette avsnittet presenteres to ulike lave anslag og to ulike høye anslag for utgifter. Disse beregnes som følger:

#### *Lav 1*

baseres på nedre verdi for et 95 % konfidensintervall for tilskrivbar sannsynlighet for aldersgruppen 35–74 år, og for lavt anslag for aldersgruppen over 74 år.

#### *Lav 2*

baseres er likt lav 1 med unntak av kreftdiagnosene hvor vi isteden for nedre verdi på 95 % konfidensintervallet bruker resultatet fra en studie som ga et lavt anslag for kreftsykdommer (Selmer, 2000).

#### *Høy 1*

baseres på øvre verdi for et 95 % konfidensintervall for tilskrivbar sannsynlighet for aldersgruppen 35–74 år, og på beste estimat for aldersgruppen over 74 år.

#### *Høy 2*

er som høy 1 med unntak av kreftdiagnosene hvor vi isteden for øvre verdi på konfidensintervallet bruker resultatet fra en studie som ga høyt anslag for kreftsykdommer (Selmer, 2000).

**Tabell 5.3: Fylkesvise utgifter i 1998 (1000 kr) for sykehusbehandling som kan tilskrives tobakksrøyking, fordelt på aldersgrupper; 35–64, 65–74 og 74 +.**

Fylke	35–64	65–74	74+	Sum
Østfold	55 610	39 282	43 393	138 286
Akershus	62 462	42 233	43 226	147 922
Oslo	63 479	45 095	64 800	173 375
Hedmark	30 463	23 872	27 386	81 721
Oppland	28 297	22 872	25 939	77 108
Buskerud	36 837	26 799	30 488	94 123
Vestfold	34 033	26 066	29 465	89 564
Telemark	28 043	20 744	24 614	73 401
Aust-Agder	20 658	12 616	13 366	46 641
Vest-Agder	24 842	18 510	18 836	62 188
Rogaland	47 137	29 317	40 576	117 030
Hordaland	60 441	41 782	52 942	155 166
Sogn og Fjordane	18 659	12 165	15 878	46 703
Møre og Romsdal	34 537	29 492	34 372	98 401
Sør-Trøndelag	41 667	31 540	33 837	107 044
Nord-Trøndelag	20 450	16 887	19 347	56 684
Nordland	43 735	34 566	35 295	113 597
Troms	24 054	17 799	14 800	56 653
Finnmark	14 773	10 267	8 347	33 387
Landet samlet	690 178	501 906	576 909	1 768 993

Resultatene presenteres kun for samlede utgifter (tabell 5.4).

Det er stor variasjon i beløpene avhengig av hvilke anslag man gjør for tilskrivbar risiko. Mens beste estimat indikerer en samlet utgift på nær 1,8 milliarder kroner er variasjonen når vi benytter et lavt og høyt anslag som gir minst utslag fra vel 1 milliard til knappe 2,2 milliarder. Om vi benytter henholdsvis lavt og høyt anslag for kreftsykdommene reduseres det lave alternativet med omlag 70 millioner kroner, mens det høye alternativet øker med omlag 85 millioner kroner. Samlet sett gir dette dermed et relativt beskjedent utslag.

#### 4 Oppsummering

I denne rapporten har vi beregnet utgifter til sykehusbehandling av pasienter med hjerte- og karsykdommer, kreftsykdommer og lungesykdommer for pasienter over 35 år. Basert på beste estimat for tilskrivbar risiko for disse pasientgruppene var samlede utgifter i 1998 på omlag 1.8 milliarder kroner.

Utgifter knyttet til hjerte- og karsykdommer utgjør den klart største posten, og det er særlig store utgifter knyttet til denne gruppen for menn. Utgifter

knyttet til behandling av menn utgjør for øvrig nær 2/3 av de samlede utgiftene.

#### *Referanser*

Leu, RE and T Schaub: «Does smoking increase health care expenditure?» Social Science and Medicine, 17 (1984), pp 1907–14

Manning WG, EB Keeler, JP Newhouse, EM Sloss and J Wassermann. «The taxes of sin. Do smokers and drinkers pay their way?», Journal of the American Medical Association, 261 (1989), pp 1604–09

Nyland, K., Pedersen, M. og Solstad, K. «Kostnadsvekter til HCFA-12 versjonen av DRG». Rapport nr STF78 A99508, Trondheim 1999.

Rønningen, L. «SAMDATA Sykehus Tabeller 1998». NIS-rapport 4/99.

**Tabell 5.4: To lave og to høye anslag over utgifter etter fylke 1998 (1000 kr).**

Fylke	Lav 1	Høy 1	Lav 2	Høy 2	Beste
Østfold	80 158	171 326	74 520	178 548	138 286
Akershus	84 666	186 764	78 899	195 896	147 922
Oslo	95 016	212 016	87 959	220 670	173 375
Hedmark	45 474	101 377	41 719	105 915	81 721
Oppland	43 121	95 792	40 152	99 970	77 108
Buskerud	53 494	117 664	50 556	121 798	94 123
Vestfold	52 857	109 817	48 794	107 578	89 564
Telemark	41 644	90 020	39 061	93 259	73 401
Aust-Agder	27 964	56 522	26 256	58 775	46 641
Vest-Agder	37 548	74 168	34 246	78 266	62 188
Rogaland	66 248	144 853	61 582	150 209	117 030
Hordaland	86 217	190 442	78 920	199 643	155 166
Sogn og Fjordane	27 450	56 686	25 409	59 313	46 703
Møre og Romsdal	54 956	121 428	50 833	126 900	98 401
Sør-Trøndelag	61 708	132 983	57 910	138 061	107 044
Nord-Trøndelag	32 216	70 142	30 471	72 180	56 684
Nordland	65 266	140 879	60 657	147 067	113 597
Troms	34 209	70 860	31 022	74 425	56 653
Finnmark	19 841	41 956	18 854	43 369	33 387
Landet samlet	1 010 052	2 185 695	937 818	2 271 840	1 768 993

Selmer RM. «Helsemessige og økonomiske konsekvenser av tobakksrøyking. Hvor stor andel av sykkelighet og tobakksrøyking i Norge i ett år kan tilskrives tobakksrøyking?», Internt notat, Statens Helseundersøkelser, februar 2000

Stoddard GL, RJ Labelle, MB Barer and RG Evans. «Tobacco taxes and health care costs: Do Canadian smokers pay their way?» Health Economics, 1 (1986), pp63–80

**Tabell 5.5: Samlede beregnede utgifter basert på beste estimat over tilskrivbar risiko. 1000 kr 1998.**

	Menn	Kvinner	Samlet
Kreftsykdommer	240 286	103 878	344 164
Hjerte/kar-sykdommer	692 635	349 214	1 041 849
Lungesykdommer	201 191	181 789	382 980
Samlet	1 134 112	634 881	1 768 993

*Bilag 1: Oversikt over diagnoser***Tabell 5.6: Kreftdiagnoser**

Navn	ICD9-kode
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140 – 149
Spiserør (øsofagus)	150
Bukspyttkjertel	157
Strupe (larynx)	161
Luftrør, bronkier, lunger	162
Urinblære	188
Nyre, andre urinorganer	189

**Tabell 5.7: Hjerte-/kardiagnoser**

Navn	ICD9-kode
Hypertensjon	401 – 404
Ischemisk hjertesykdom	410 – 414
Annen hjertesykdom	390 – 398, 415 – 417, 420 – 429
Cerebrovaskulære sykdommer	430 – 438
Arteriosklerose	440
Aortaaneurisme	441
Andre arterielle sykdommer	442 – 448

**Tabell 5.8: Lungesykdommer**

Navn	ICD9-kode
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480 – 487
Kronisk bronkitt, emfysem	491 – 492
Kronisk obstruktiv lungesykdom	496
Andre lungesykdommer (bronkial astma)	493

*Bilag 2:*

Dette bilaget gir en oversikt over hvor stor andel av sykdomstilfeller innen hver aktuelle diagnose som kan tilskrives tobakksrøyking. Tilskrivbar sannsynlighet er beregnet separat for hvert kjønn – og for de gitte aldersgruppene. I dette bilaget rapporteres beste estimat for tilskrivbar sannsynlighet for at sykdom eller skade skyldes tobakksrøyking. Lavt og høyt estimat rapporteres også i bilag 3. Tabellene i dette bilaget er bygd opp på følgende måte:

- Kolonne A: Viser ICD9-kode. Navn på ICD9-kodene er listet opp i vedlegg 1.
- Kolonne B: Angir de aktuelle aldersgruppene for menn, dvs 35–64 år og 65–74 år.
- Kolonne C: Angir de aktuelle aldersgrupper for kvinner, dvs 35–64 år og 65–74 år.
- Kolonne D: Viser andel av sykdomstilfeller innen den gitte diagnose som kan tilskrives tobakksrøyking, landsgjennomsnitt.
- Kolonne E: Viser andel av sykdomstilfeller som kan tilskrives tobakksrøyking for fylker som har lavere andel enn landsgjennomsnittet. For fylkene dette gjelder er disse lavere andelene benyttet i utgiftsberegningsen.

**Tabell 5.9: Andel sykdomstilfeller innenfor kreftdiagnoser som kan tilskrives tobakksrøyking. Fordelt på kjønn og aldersgruppene 35–64 år og 65–74 år. Andeler basert på landsgjennomsnitt, og egne andeler for fylker med lavere tilskrivbar risiko.**

ICD9- kode(A)	Alders- gruppe er Menn(B)	Alders- gruppe Kvinne (C)	Tilskriv- bar ssh. Landsgj- .-snitt. (D)	Fylker med egne tilskrivbare sannsynligheter (E)						
				Akersh- us	Busker- ud	Aust- Agder	Vest- Agder	Rogala- nd	Sogn og Fjordan e	Sør- Tr.lag
140–149	35–64		0,499	0,473	0,475	0,499	0,499	0,498	0,499	0,486
			0,505	0,484	0,483	0,505	0,505	0,51	0,505	0,493
	65–74		0,481	0,465	0,481	0,466	0,464	0,462	0,464	0,481
			0,372	0,363	0,372	0,361	0,357	0,358	0,364	0,372
150	35–64		0,539	0,512	0,515	0,539	0,539	0,536	0,539	0,526
			0,537	0,515	0,515	0,537	0,537	0,54	0,537	0,525
	65–74		0,523	0,505	0,523	0,507	0,506	0,503	0,503	0,523
			0,408	0,395	0,408	0,395	0,392	0,392	0,395	0,408
157	35–64		0,173	0,152	0,157	0,173	0,173	0,164	0,173	0,164
			0,146	0,128	0,132	0,146	0,146	0,139	0,146	0,139
	65–74		0,171	0,152	0,171	0,158	0,161	0,155	0,148	0,171
			0,103	0,091	0,103	0,095	0,097	0,093	0,088	0,103
161	35–64		0,67	0,644	0,648	0,67	0,67	0,666	0,67	0,658
			0,663	0,641	0,643	0,663	0,663	0,664	0,663	0,652
	65–74		0,658	0,639	0,658	0,642	0,642	0,638	0,636	0,658
			0,543	0,527	0,543	0,528	0,526	0,524	0,526	0,543
162	35–64		0,833	0,817	0,819	0,833	0,833	0,831	0,833	0,825
			0,831	0,817	0,818	0,831	0,831	0,832	0,831	0,824
	65–74		0,825	0,813	0,825	0,815	0,814	0,812	0,811	0,825
			0,746	0,734	0,746	0,735	0,732	0,732	0,734	0,746
188	35–64		0,408	0,38	0,384	0,408	0,408	0,403	0,408	0,395
			0,4	0,377	0,378	0,4	0,4	0,4	0,4	0,388
	65–74		0,395	0,375	0,395	0,378	0,378	0,374	0,372	0,395
			0,287	0,273	0,287	0,275	0,273	0,272	0,273	0,287
189	35–64		0,148	0,13	0,134	0,148	0,148	0,141	0,148	0,141
			0,125	0,109	0,113	0,125	0,125	0,118	0,125	0,118
	65–74		0,147	0,13	0,147	0,135	0,138	0,133	0,126	0,147
			0,088	0,077	0,088	0,08	0,082	0,079	0,075	0,088

**Tabell 5.10: Andel sykdomstilfeller innenfor hjerte- og kardiagnoser som kan tilskrives tobakksrøyking. Fordelt på kjønn og aldersgruppene 35–64 år og 65–74 år. Andeler basert på landsgjennomsnitt, og egne andeler for fylker med lavere tilskrivbar risiko.**

ICD9- kode(A)	Alders- gruppe r Menn( B)	Alders- gruppe r Kvinne r(C)	Tilskri- v-bar ssh. Landsg j.-snitt (D)	Fylker med egne tilskrivbare sannsynligheter (E)						
				Akersh us	Busker ud	Aust- Agder	Vest- Agder	Rogala nd	Sogn og Fjordan e	Sør- Tr.lag
401–404	35–64		0,212	0,212	0,195	0,212	0,212	0,209	0,212	0,203
	65–74		0,207	0,207	0,192	0,207	0,207	0,207	0,207	0,199
		35–64	0,203	0,203	0,203	0,192	0,191	0,189	0,27	0,203
		65–74	0,136	0,136	0,136	0,129	0,128	0,127	0,128	0,136
410–414	35–64		0,41	0,41	0,385	0,41	0,41	0,402	0,41	0,396
	65–74		0,259	0,259	0,243	0,259	0,259	0,262	0,259	0,25
		35–64	0,4	0,4	0,4	0,381	0,383	0,377	0,371	0,4
		65–74	0,171	0,171	0,171	0,163	0,161	0,161	0,164	0,171
390–398,	35–64		0,212	0,212	0,195	0,212	0,212	0,209	0,301	0,203
415–417,	65–74		0,207	0,207	0,192	0,207	0,207	0,207	0,297	0,199
420–429		35–64	0,203	0,203	0,203	0,192	0,191	0,189	0,27	0,203
		65–74	0,136	0,136	0,136	0,129	0,128	0,127	0,192	0,136
430–438	35–64		0,365	0,365	0,341	0,365	0,365	0,357	0,212	0,352
	65–74		0,048	0,048	0,04	0,048	0,048	0,037	0,207	0,044
		35–64	0,355	0,355	0,355	0,337	0,339	0,333	0,188	0,355
		65–74	0,214	0,214	0,214	0,202	0,202	0,199	0,128	0,214
440	35–64		0,52	0,52	0,491	0,52	0,52	0,505	0,52	0,505
	65–74		0,47	0,47	0,441	0,47	0,47	0,455	0,47	0,455
		35–64	0,517	0,517	0,517	0,493	0,498	0,487	0,473	0,517
		65–74	0,374	0,374	0,374	0,352	0,357	0,347	0,334	0,374
441	35–64		0,52	0,52	0,491	0,52	0,52	0,505	0,52	0,505
	65–74		0,47	0,47	0,441	0,47	0,47	0,455	0,47	0,455
		35–64	0,517	0,517	0,517	0,493	0,498	0,487	0,473	0,517
		65–74	0,374	0,374	0,374	0,352	0,357	0,347	0,334	0,374
442–448	35–64		0,52	0,52	0,491	0,52	0,52	0,505	0,52	0,505
	65–74		0,47	0,47	0,441	0,47	0,47	0,455	0,47	0,455
		35–64	0,517	0,517	0,517	0,493	0,498	0,487	0,473	0,517
		65–74	0,374	0,374	0,374	0,352	0,357	0,347	0,334	0,374



**Tabell 5.11: Andel sykdomstilfeller innenfor lungediagnoser som kan tilskrives tobakksrøyking. Fordelt på kjønn og aldersgruppene 35–64 år og 65–74 år. Andeler basert på landsgjennomsnitt, og egne andeler for fylker med lavere tilskrivbar risiko.**

ICD9- kode A)	Alders- gruppe r Menn( B)	Alders- gruppe r Kvinner (C)	Tilskriv- bar ssh. Landsgj- .-snitt (D)	Fylker med egne tilskrivbare sannsynligheter						
				Akersh- us	Busker- ud	Aust- Agder	Vest- Agder	Rogalan- d	Sogn og Fjordan- e	Sør- Trlag
480 – 487	35–64		0,273	0,251	0,253	0,273	0,273	0,269	0,273	0,262
	65–74		0,266	0,247	0,248	0,266	0,266	0,266	0,266	0,256
		35–64	0,262	0,246	0,262	0,249	0,249	0,246	0,244	0,262
		65–74	0,18	0,17	0,18	0,171	0,17	0,169	0,169	0,18
491 – 492	35–64		0,786	0,767	0,769	0,786	0,786	0,784	0,786	0,777
	65–74		0,783	0,767	0,768	0,783	0,783	0,785	0,783	0,775
		35–64	0,776	0,762	0,776	0,764	0,763	0,761	0,76	0,776
		65–74	0,684	0,671	0,684	0,671	0,668	0,668	0,67	0,684
496	35–64		0,786	0,767	0,769	0,786	0,786	0,784	0,786	0,777
	65–74		0,783	0,767	0,768	0,783	0,783	0,785	0,783	0,775
		35–64	0,776	0,762	0,776	0,764	0,763	0,761	0,76	0,776
		65–74	0,684	0,671	0,684	0,671	0,668	0,668	0,67	0,684
493	35–64		0,273	0,251	0,253	0,273	0,273	0,269	0,273	0,262
	65–74		0,266	0,247	0,248	0,266	0,266	0,266	0,266	0,256
		35–64	0,262	0,246	0,262	0,249	0,249	0,246	0,244	0,262
		65–74	0,18	0,17	0,18	0,171	0,17	0,169	0,169	0,18

*Bilag 3: Fylkesvis oversikt over totale utgifter for sykehusbehandling – pasienter mellom 35 og 74 år.*

Dette bilaget gir en oversikt over totale utgifter pr fylke for sykehusbehandling av de diagnoser som er aktuelle (se bilag 1). Beregningene er basert på driftsåret 1998. Utgifter for sykehusbehandling er beregnet innenfor de gitte diagnoser, kjønn og aldersgruppene 35–64 år og 65–74 år. Total utgift for fylket multiplisert med andel av sykdomstilfeller som kan tilskrives tobakksrøyking, vil da være et uttrykk for fylkets utgifter for sykehusbehandling av tobakksrelaterte sykdommer og skader.

Tabellene i dette bilaget er bygd opp på følgende måte:

- Kolonne A gir en oversikt over ICD-9 kodene som er utgiftsberegnet. Se bilag 1 for nærmere beskrivelse av kodene.
- Kolonne B viser de aktuelle aldersgrupper angitt i antall år for menn.

- Kolonne C viser de aktuelle aldersgrupper angitt i år for kvinner.
- Kolonne D angir total utgift målt i hele kroner for fylket for behandling av alle sykdomstilfeller innen den gitte diagnose, kjønn og aldersgruppe. Denne utgiften kan multipliseres med andel av sykdomstilfeller som tilskrives tobakksrøyking kan dermed tolkes som et anslag på fylkets utgifter for sykehusbehandling av tobakksrelaterte sykdommer og skader.
- Kolonne E viser andel av sykdomstilfeller som kan tilskrives røyking.
- Kolonne F og G viser usikkerhet i andelen gitt i kolonne E, tilsvarende et 95 % konfidensintervall. Her er det ikke beregnet usikkerhet for kreftdiagnosene.
- Kolonne H og I viser laveste og høyeste andel for kreftdiagnosene i henhold til nordisk kreftrapport (dokumenteres nærmere av SHUS).

**Tabell 5.12: Østfold, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.455.225 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
		65–74	170.598 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
		35–64	1.085.868 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	81.779 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		588.156 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
		65–74	1.176.041 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
		35–64	261.854 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	481.735 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		878.714 0,173	0,167	0,179	0	0,418
		65–74	543.746 0,146	0,133	0,159	0	0,461
		35–64	658.561 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	1.884.428 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		109.670 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
		65–74	347.424 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
		35–64	468.467 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
		65–74	0 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		3.903.709 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
		65–74	5.022.342 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
		35–64	2.959.735 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	2.356.685 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		2.002.763 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
		65–74	3.243.252 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
		35–64	352.569 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	393.187 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666

**Tabell 5.12: Østfold, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
189	35–64		1.913.944 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		1.654.798 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		24.642 0,147	0,142	0,152	0	0,455
	65–74		767.690 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		1.052.019 0,212	0,047	0,367		
	65–74		610.361 0,207	0,019	0,391		
	35–64		513.959 0,203	0,051	0,351		
	65–74		263.208 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		47.434.555 0,41	0,326	0,489		
	65–74		29.114.258 0,259	0,15	0,37		
	35–64		10.635.277 0,4	0,319	0,477		
	65–74		11.203.124 0,171	0,092	0,264		
390–398	35–64		14.402.237 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		13.172.580 0,207	0,019	0,391		
420–429	35–64		6.468.902 0,203	0,051	0,351		
	65–74		8.051.670 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		7.102.009 0,365	0,22	0,495		
	65–74		8.302.692 0,048	-0,182	0,304		
	35–64		5.023.696 0,355	0,225	0,482		
	65–74		6.177.532 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		5.199.168 0,52	0,31	0,693		
	65–74		5.154.217 0,47	0,255	0,662		
	35–64		1.648.299 0,517	0,306	0,69		
	65–74		3.053.970 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		1.467.140 0,52	0,31	0,693		
	65–74		5.248.723 0,47	0,255	0,662		
	35–64		71.489 0,517	0,306	0,69		
	65–74		388.854 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		1.597.932 0,52	0,31	0,693		
	65–74		653.687 0,47	0,255	0,662		
	35–64		1.123.508 0,517	0,306	0,69		
	65–74		1.366.136 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		5.334.292 0,273	0,037	0,481		
	65–74		6.673.078 0,266	0	0,505		
	35–64		3.746.921 0,262	0,044	0,463		
	65–74		4.978.745 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		795.039 0,786	0,634	0,879		
	65–74		1.498.010 0,783	0,607	0,885		

**Tabell 5.12: Østfold, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
496		35–64	2.292.237 0,776	0,622	0,872		
		65–74	1.373.718 0,684	0,471	0,827		
	35–64		1.422.460 0,786	0,634	0,879		
	65–74		2.142.761 0,783	0,607	0,885		
493		35–64	1.527.797 0,776	0,622	0,872		
		65–74	2.107.017 0,684	0,471	0,827		
	35–64		912.021 0,273	0,037	0,481		
	65–74		240.191 0,266	0	0,505		
	35–64		1.492.865 0,262	0,044	0,463		
	65–74		526.687 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.13: Akershus, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total utgift Tilsk. for fylket røykin (kr) (D) g Best( E)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		2.107.288 0,473	0,46	0,486	0,091	0,799
		65–74	1.095.075 0,484	0,453	0,512	0,071	0,796
		35–64	534.269 0,465	0,45	0,479	0,09	0,79
		65–74	500.420 0,363	0,319	0,401	0,047	0,717
150	35–64		217.174 0,512	0,499	0,524	0,091	0,754
		65–74	783.395 0,515	0,484	0,542	0,071	0,757
		35–64	180.888 0,505	0,491	0,518	0,09	0,745
		65–74	169.515 0,395	0,351	0,433	0,047	0,665
157	35–64		1.021.420 0,152	0,147	0,158	0	0,418
		65–74	746.297 0,128	0,117	0,14	0	0,461
		35–64	1.099.678 0,152	0,147	0,157	0	0,396
		65–74	1.184.706 0,091	0,08	0,102	0	0,333
161	35–64		427.036 0,644	0,633	0,655	0,251	0,878
		65–74	545.371 0,641	0,613	0,666	0,204	0,878
		35–64	0 0,639	0,626	0,65	0,248	0,874
		65–74	0 0,527	0,481	0,565	0,142	0,822
162	35–64		7.388.776 0,817	0,809	0,824	0,745	0,927
		65–74	6.203.799 0,817	0,798	0,833	0,736	0,932
		35–64	4.572.560 0,813	0,804	0,821	0,732	0,922
		65–74	2.181.484 0,734	0,696	0,764	0,604	0,894

**Tabell 5.13: Akershus, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total utgift for fylket (kr)(D)	Tilsk. røykin g Best( E)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
188	35–64		2.925.074	0,38	0,369	0,392	0,251	0,742
	65–74		3.444.178	0,377	0,349	0,402	0,204	0,774
		35–64	763.357	0,375	0,362	0,387	0,248	0,724
		65–74	1.026.023	0,273	0,239	0,305	0,142	0,666
189	35–64		2.007.366	0,13	0,126	0,135	0	0,474
	65–74		904.709	0,109	0,099	0,119	0	0,503
		35–64	354.735	0,13	0,125	0,135	0	0,455
		65–74	311.950	0,077	0,067	0,087	0	0,378
401–404	35–64		1.791.005	0,212	0,037	0,345		
	65–74		434.076	0,207	0,011	0,372		
		35–64	1.108.614	0,203	0,04	0,338		
		65–74	1.028.460	0,136	0,015	0,274		
410–414	35–64		44.061.595	0,41	0,297	0,46		
	65–74		26.289.918	0,259	0,137	0,352		
		35–64	10.260.775	0,4	0,294	0,455		
		65–74	13.022.562	0,171	0,086	0,257		
390–398	35–64		17.149.401	0,212	0,037	0,345		
415–417	65–74		13.400.585	0,207	0,011	0,372		
420–429		35–64	6.735.089	0,203	0,04	0,338		
		65–74	8.725.125	0,136	0,015	0,274		
430–438	35–64		12.653.746	0,365	0,194	0,468		
	65–74		12.454.715	0,048	-0,18	0,282		
		35–64	9.790.954	0,355	0,195	0,462		
		65–74	7.831.788	0,214	0,026	0,409		
440	35–64		4.003.089	0,52	0,278	0,66		
	65–74		5.859.625	0,47	0,228	0,627		
		35–64	2.707.629	0,517	0,278	0,659		
		65–74	1.706.519	0,374	0,162	0,542		
441	35–64		3.107.586	0,52	0,278	0,66		
	65–74		6.642.479	0,47	0,228	0,627		
		35–64	914.729	0,517	0,278	0,659		
		65–74	1.358.824	0,374	0,162	0,542		
442–448	35–64		1.238.593	0,52	0,278	0,66		
	65–74		971.053	0,47	0,228	0,627		
		35–64	1.182.269	0,517	0,278	0,659		
		65–74	1.125.403	0,374	0,162	0,542		
480–487	35–64		7.363.863	0,251	0,026	0,457		

**Tabell 5.13: Akershus, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total utgift for fylket (kr) (D)	Tilsk. røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
		65–74	7.738.637 0,247	-0,009	0,485		
		35–64	6.597.257 0,246	0,03	0,449		
		65–74	4.943.001 0,17	0,006	0,375		
491–492	35–64		972.948 0,767	0,606	0,867		
	65–74		647.188 0,767	0,582	0,876		
		35–64	1.175.229 0,762	0,6	0,864		
		65–74	893.607 0,671	0,451	0,82		
496	35–64		1.761.218 0,767	0,606	0,867		
	65–74		4.525.984 0,767	0,582	0,876		
		35–64	3.090.797 0,762	0,6	0,864		
		65–74	4.468.577 0,671	0,451	0,82		
493	35–64		534.269 0,251	0,026	0,457		
	65–74		206.613 0,247	-0,009	0,485		
		35–64	1.685.939 0,246	0,03	0,449		
		65–74	530.478 0,17	0,006	0,375		

**Tabell 5.14: Oslo, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.704.623 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		420.808 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
		35–64	1.056.893 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	446.262 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		479.569 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		532.102 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
		35–64	556.473 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	531.561 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		2.035.528 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		1.834.061 0,146	0,133	0,159	0	0,461
		35–64	1.960.520 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	1.708.143 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		404.289 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		1.190.122 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
		35–64	34.120 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874

**Tabell 5.14: Oslo, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
		65–74	313.304 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		5.459.939 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
		65–74	5.456.689 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
		35–64	5.338.625 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	4.198.328 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		821.848 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
		65–74	2.215.875 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
		35–64	268.353 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	772.564 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		1.550.002 0,148	0,143	0,153	0	0,474
		65–74	1.407.837 0,125	0,113	0,136	0	0,503
		35–64	1.074.224 0,147	0,142	0,152	0	0,455
		65–74	986.488 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		1.315.227 0,212	0,047	0,367		
		65–74	613.339 0,207	0,019	0,391		
		35–64	822.118 0,203	0,051	0,351		
		65–74	592.218 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		35.650.045 0,41	0,326	0,489		
		65–74	21.919.367 0,259	0,15	0,37		
		35–64	8.933.633 0,4	0,319	0,477		
		65–74	10.140.544 0,171	0,092	0,264		
390–398	35–64		14.356.203 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		12.175.802 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	6.657.101 0,203	0,051	0,351		
		65–74	9.238.272 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		16.096.570 0,365	0,22	0,495		
		65–74	11.819.713 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	9.995.671 0,355	0,225	0,482		
		65–74	9.205.506 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		4.974.412 0,52	0,31	0,693		
		65–74	5.054.837 0,47	0,255	0,662		
		35–64	2.887.975 0,517	0,306	0,69		
		65–74	4.529.234 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		2.782.096 0,52	0,31	0,693		
		65–74	5.488.372 0,47	0,255	0,662		
		35–64	378.564 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.303.854 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		1.187.685 0,52	0,31	0,693		

**Tabell 5.14: Oslo, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
480–487	65–74		1.922.880 0,47	0,255	0,662		
	35–64		627.150 0,517	0,306	0,69		
	65–74		613.069 0,374	0,182	0,576		
	35–64		10.240.736 0,273	0,037	0,481		
	65–74		6.783.831 0,266	0	0,505		
	35–64		8.698.046 0,262	0,044	0,463		
	65–74		5.834.712 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		426.765 0,786	0,634	0,879		
	65–74		509.898 0,783	0,607	0,885		
	35–64		291.099 0,776	0,622	0,872		
	65–74		554.578 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		2.931.302 0,786	0,634	0,879		
	65–74		5.666.281 0,783	0,607	0,885		
	35–64		3.746.650 0,776	0,622	0,872		
	65–74		4.844.975 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		1.268.651 0,273	0,037	0,481		
	65–74		256.980 0,266	0	0,505		
	35–64		1.897.426 0,262	0,044	0,463		
	65–74		660.457 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.15: Hedmark, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.231.282 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		876.818 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
	35–64		545.371 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
	65–74		207.425 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		268.082 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		673.455 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
	35–64		60.386 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
	65–74		129.979 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		1.330.120 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		819.140 0,146	0,133	0,159	0	0,461
	35–64		1.478.784 0,171	0,165	0,177	0	0,396
	65–74		1.130.007 0,103	0,09	0,116	0	0,333



**Tabell 5.15: Hedmark, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
161	35–64		314.387 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		227.193 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
	35–64		87.194 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
	65–74		0 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		1.423.543 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		2.359.122 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
	35–64		1.518.861 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
	65–74		1.149.774 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		871.131 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		803.434 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
	35–64		512.876 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
	65–74		277.560 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		766.606 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		775.543 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		885.754 0,147	0,142	0,152	0	0,455
	65–74		76.363 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		922.852 0,212	0,047	0,367		
	65–74		149.476 0,207	0,019	0,391		
	35–64		368.816 0,203	0,051	0,351		
	65–74		362.046 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		21.843.275 0,41	0,326	0,489		
	65–74		15.934.367 0,259	0,15	0,37		
	35–64		4.069.703 0,4	0,319	0,477		
	65–74		6.097.649 0,171	0,092	0,264		
390–398	35–64		7.584.557 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		6.245.501 0,207	0,019	0,391		
420–429	35–64		4.010.941 0,203	0,051	0,351		
	65–74		4.587.724 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		6.043.491 0,365	0,22	0,495		
	65–74		6.065.425 0,048	-0,182	0,304		
	35–64		3.023.641 0,355	0,225	0,482		
	65–74		4.340.493 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		1.980.829 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.757.455 0,47	0,255	0,662		
	35–64		1.344.743 0,517	0,306	0,69		
	65–74		1.885.511 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		1.790.463 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.864.146 0,47	0,255	0,662		

**Tabell 5.15: Hedmark, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
442–448		35–64	951.285 0,517	0,306	0,69		
		65–74	911.208 0,374	0,182	0,576		
	35–64		682.391 0,52	0,31	0,693		
		65–74	1.374.259 0,47	0,255	0,662		
480–487		35–64	346.340 0,517	0,306	0,69		
		65–74	448.699 0,374	0,182	0,576		
	35–64		3.472.611 0,273	0,037	0,481		
		65–74	3.295.514 0,266	0	0,505		
491–492		35–64	3.290.099 0,262	0,044	0,463		
		65–74	2.867.666 0,18	0,015	0,383		
	35–64		801.809 0,786	0,634	0,879		
		65–74	942.349 0,783	0,607	0,885		
496		35–64	1.144.359 0,776	0,622	0,872		
		65–74	1.187.685 0,684	0,471	0,827		
	35–64		493.109 0,786	0,634	0,879		
		65–74	2.310.651 0,783	0,607	0,885		
493		35–64	1.417.586 0,776	0,622	0,872		
		65–74	2.197.461 0,684	0,471	0,827		
	35–64		521.542 0,273	0,037	0,481		
		65–74	166.265 0,266	0	0,505		
		35–64	849.197 0,262	0,044	0,463		
		65–74	223.402 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.16: Oppland 1998.**

icd9- kode(a)	Alder menn(b)	Alder kvinner (c)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket best(e) (kr) (d)	Tilsk røyking lav(f)	Tilsk røyking høy(g)	Tilsk røyking lav – ny(h)	Tilsk røyking høy – ny(i)
140–149	35–64		272.686 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
		65–74	658.832 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
		35–64	68.510 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	154.350 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		395.083 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
		65–74	342.279 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
		35–64	39.535 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	99.651 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		828.617 0,173	0,167	0,179	0	0,418

**Tabell 5.16: Oppland 1998.**

icd9- kode(a)	Alder menn( b)	Alder kvinner (c)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket best(e) (kr) (d)	Tilsk røyking lav(f)	Tilsk røyking høy(g)	Tilsk røyking lav – ny(h)	Tilsk røyking høy – ny(i)
161	65–74		944.245 0,146	0,133	0,159	0	0,461
	35–64		1.745.512 0,171	0,165	0,177	0	0,396
	65–74		709.470 0,103	0,09	0,116	0	0,333
	35–64		170.598 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		109.670 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
	35–64		90.985 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
162	65–74		0 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
	35–64		2.094.290 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		2.751.497 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
	35–64		984.592 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
188	65–74		554.849 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
	35–64		871.673 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		1.731.160 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
	35–64		123.209 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
189	65–74		623.629 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
	35–64		1.404.317 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		411.872 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		681.308 0,147	0,142	0,152	0	0,455
401–404	65–74		231.255 0,088	0,077	0,099	0	0,378
	35–64		849.197 0,212	0,047	0,367		
	65–74		453.573 0,207	0,019	0,391		
	35–64		337.404 0,203	0,051	0,351		
410–414	65–74		404.831 0,136	0,022	0,28		
	35–64		19.468.176 0,41	0,326	0,489		
	65–74		14.662.195 0,259	0,15	0,37		
	35–64		4.461.536 0,4	0,319	0,477		
390–398	65–74		6.568.553 0,171	0,092	0,264		
	35–64		5.639.202 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		6.268.247 0,207	0,019	0,391		
420–429	35–64		3.382.438 0,203	0,051	0,351		
	65–74		5.625.121 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		4.170.166 0,365	0,22	0,495		
	65–74		4.634.571 0,048	-0,182	0,304		
	35–64		3.490.754 0,355	0,225	0,482		
	65–74		4.838.476 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		3.447.157 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.992.771 0,47	0,255	0,662		
	35–64		2.121.910 0,517	0,306	0,69		

**Tabell 5.16: Oppland 1998.**

icd9- kode(a)	Alder menn( b)	Alder kvinner (c)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket best(e) (kr) (d)	Tilsk røyking lav(f)	Tilsk røyking høy(g)	Tilsk røyking lav – ny(h)	Tilsk røyking høy – ny(i)
		65–74	2.990.063 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		1.470.931 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.325.274 0,47	0,255	0,662		
		35–64	222.319 0,517	0,306	0,69		
		65–74	863.549 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		717.864 0,52	0,31	0,693		
	65–74		759.837 0,47	0,255	0,662		
		35–64	421.078 0,517	0,306	0,69		
		65–74	500.149 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		2.896.911 0,273	0,037	0,481		
	65–74		3.709.552 0,266	0	0,505		
		35–64	3.368.357 0,262	0,044	0,463		
		65–74	2.256.493 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		680.495 0,786	0,634	0,879		
	65–74		1.381.029 0,783	0,607	0,885		
		35–64	863.008 0,776	0,622	0,872		
		65–74	629.858 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		1.109.427 0,786	0,634	0,879		
	65–74		2.007.908 0,783	0,607	0,885		
		35–64	1.109.427 0,776	0,622	0,872		
		65–74	1.311.978 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		467.384 0,273	0,037	0,481		
	65–74		129.979 0,266	0	0,505		
		35–64	962.658 0,262	0,044	0,463		
		65–74	254.001 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.17: Buskerud, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		163.828 0,475	0,462	0,488	0,091	0,799
	65–74		1.339.057 0,483	0,453	0,511	0,071	0,796
		35–64	218.257 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	0 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		340.654 0,515	0,502	0,527	0,091	0,754
	65–74		370.982 0,515	0,485	0,542	0,071	0,757

**Tabell 5.17: Buskerud, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
		35–64	297.327 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	0 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157		35–64	461.426 0,157	0,152	0,162	0	0,418
		65–74	659.915 0,132	0,12	0,144	0	0,461
		35–64	543.205 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	38.994 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161		35–64	90.985 0,648	0,636	0,658	0,251	0,878
		65–74	155.163 0,643	0,615	0,667	0,204	0,878
		35–64	136.478 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
		65–74	18.685 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162		35–64	3.652.416 0,819	0,811	0,826	0,745	0,927
		65–74	2.731.188 0,818	0,799	0,833	0,736	0,932
		35–64	2.043.111 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	1.914.215 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188		35–64	1.080.723 0,384	0,372	0,392	0,251	0,742
		65–74	1.317.935 0,378	0,35	0,403	0,204	0,774
		35–64	500.691 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	654.770 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189		35–64	818.327 0,134	0,13	0,139	0	0,474
		65–74	241.274 0,113	0,102	0,123	0	0,503
		35–64	398.603 0,147	0,142	0,152	0	0,455
		65–74	305.451 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404		35–64	993.529 0,195	0,041	0,346		
		65–74	660.728 0,192	0,015	0,371		
		35–64	759.024 0,203	0,051	0,351		
		65–74	320.345 0,136	0,022	0,28		
410–414		35–64	25.315.074 0,385	0,303	0,464		
		65–74	14.118.991 0,243	0,138	0,351		
		35–64	5.834.983 0,4	0,319	0,477		
		65–74	5.093.831 0,171	0,092	0,264		
390–398		35–64	10.332.263 0,195	0,041	0,346		
415–417		65–74	8.941.757 0,192	0,015	0,371		
420–429		35–64	4.056.163 0,203	0,051	0,351		
		65–74	4.464.786 0,136	0,022	0,28		
430–438		35–64	7.262.859 0,341	0,2	0,471		
		65–74	7.031.875 0,04	-0,171	0,284		
		35–64	3.662.706 0,355	0,219	0,482		
		65–74	4.372.988 0,214	0,042	0,42		

**Tabell 5.17: Buskerud, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
440	35–64		4.500.259 0,491	0,285	0,667		
	65–74		5.761.599 0,441	0,234	0,635		
		35–64	2.083.187 0,517	0,306	0,69		
		65–74	4.160.418 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		1.535.379 0,491	0,285	0,667		
	65–74		2.985.460 0,441	0,234	0,635		
		35–64	230.984 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.440.332 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		750.088 0,491	0,285	0,667		
	65–74		982.155 0,441	0,234	0,635		
		35–64	1.127.570 0,517	0,306	0,69		
		65–74	583.011 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		3.211.840 0,253	0,03	0,458		
	65–74		4.323.162 0,248	-0,004	0,484		
		35–64	4.506.487 0,262	0,044	0,463		
		65–74	3.531.102 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		211.487 0,769	0,61	0,868		
	65–74		457.906 0,768	0,584	0,876		
		35–64	1.454.955 0,776	0,622	0,872		
		65–74	935.038 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		1.480.680 0,769	0,61	0,868		
	65–74		2.372.933 0,768	0,584	0,876		
		35–64	2.192.857 0,776	0,622	0,872		
		65–74	3.106.232 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		414.309 0,253	0,03	0,458		
	65–74		195.240 0,248	-0,004	0,484		
		35–64	635.815 0,262	0,044	0,463		
		65–74	256.980 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.18: Vestfold, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		928.539 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		767.690 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
		35–64	439.763 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79

**Tabell 5.18: Vestfold, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
		65–74	136.478 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		1.049.582 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		493.109 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
		35–64	190.095 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	310.596 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		237.754 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		348.236 0,146	0,133	0,159	0	0,461
		35–64	547.808 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	78.258 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		449.511 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		358.797 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
		35–64	200.655 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
		65–74	0 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		3.764.793 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		4.668.690 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
		35–64	1.873.867 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	1.361.532 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		682.932 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		1.627.719 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
		35–64	606.028 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	495.816 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		672.642 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		598.987 0,125	0,113	0,136	0	0,503
		35–64	423.245 0,147	0,142	0,152	0	0,455
		65–74	408.622 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		966.720 0,212	0,047	0,367		
	65–74		266.728 0,207	0,019	0,391		
		35–64	718.947 0,203	0,051	0,351		
		65–74	304.368 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		25.143.393 0,41	0,326	0,489		
	65–74		16.417.727 0,259	0,15	0,37		
		35–64	4.729.889 0,4	0,319	0,477		
		65–74	5.849.876 0,171	0,092	0,264		
390–398	35–64		8.585.397 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		7.148.044 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	2.163.612 0,203	0,051	0,351		
		65–74	3.906.687 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		5.394.408 0,365	0,22	0,495		

**Tabell 5.18: Vestfold, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
440	65–74		6.824.720 0,048	-0,182	0,304		
	35–64		4.237.051 0,355	0,225	0,482		
	65–74		3.820.847 0,214	0,042	0,42		
	35–64		2.568.172 0,52	0,31	0,693		
441	65–74		3.761.273 0,47	0,255	0,662		
	35–64		1.942.918 0,517	0,306	0,69		
	65–74		2.197.461 0,374	0,182	0,576		
	35–64		1.892.010 0,52	0,31	0,693		
	65–74		3.801.621 0,47	0,255	0,662		
	35–64		449.241 0,517	0,306	0,69		
442–448	65–74		806.142 0,374	0,182	0,576		
	35–64		991.362 0,52	0,31	0,693		
	65–74		157.329 0,47	0,255	0,662		
	35–64		127.001 0,517	0,306	0,69		
480–487	65–74		463.051 0,374	0,182	0,576		
	35–64		3.089.714 0,273	0,037	0,481		
	65–74		3.282.787 0,266	0	0,505		
	35–64		2.419.238 0,262	0,044	0,463		
491–492	65–74		3.586.072 0,18	0,015	0,383		
	35–64		308.159 0,786	0,634	0,879		
	65–74		308.159 0,783	0,607	0,885		
	35–64		383.439 0,776	0,622	0,872		
496	65–74		400.498 0,684	0,471	0,827		
	35–64		955.347 0,786	0,634	0,879		
	65–74		1.972.434 0,783	0,607	0,885		
	35–64		1.743.617 0,776	0,622	0,872		
493	65–74		2.900.973 0,684	0,471	0,827		
	35–64		393.729 0,273	0,037	0,481		
	65–74		329.822 0,266	0	0,505		
	35–64		434.076 0,262	0,044	0,463		
	65–74		325.219 0,18	0,015	0,383		



**Tabell 5.19: Telemark, 1998.**

icd9- kode(a)	Alder menn( b)	Alder kvinner (c)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket best(e) (kr) (d)	Tilsk røyking lav(f)	Tilsk røyking høy(g)	Tilsk røyking lav – ny(h)	Tilsk røyking høy – ny(i)
140–149	35–64		582.740 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		613.610 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
	35–64		45.493 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
	65–74		0 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		169.515 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		539.143 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
	35–64		0 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
	65–74		0 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		435.701 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		391.292 0,146	0,133	0,159	0	0,461
	35–64		732.487 0,171	0,165	0,177	0	0,396
	65–74		148.393 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		79.612 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		676.975 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
	35–64		0 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
	65–74		0 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		1.946.709 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		1.788.568 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
	35–64		1.235.344 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
	65–74		1.098.324 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		992.987 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		1.059.601 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
	35–64		287.308 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
	65–74		244.253 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		1.069.891 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		522.083 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		280.538 0,147	0,142	0,152	0	0,455
	65–74		517.480 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		1.066.371 0,212	0,047	0,367		
	65–74		352.298 0,207	0,019	0,391		
	35–64		339.841 0,203	0,051	0,351		
	65–74		230.442 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		20.779.341 0,41	0,326	0,489		
	65–74		15.772.164 0,259	0,15	0,37		
	35–64		5.281.759 0,4	0,319	0,477		
	65–74		7.833.684 0,171	0,092	0,264		

**Tabell 5.19: Telemark, 1998.**

icd9- kode(a)	Alder menn( b)	Alder kvinner (c)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket best(e) (kr) (d)	Tilsk røyking lav(f)	Tilsk røyking høy(g)	Tilsk røyking lav – ny(h)	Tilsk røyking høy – ny(i)
390–398	35–64		5.172.631 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		3.871.485 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	2.736.333 0,203	0,051	0,351		
		65–74	4.238.676 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		4.544.398 0,365	0,22	0,495		
	65–74		4.223.782 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	2.537.302 0,355	0,225	0,482		
		65–74	3.243.793 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		2.280.593 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.249.453 0,47	0,255	0,662		
		35–64	499.608 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.124.591 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		1.744.971 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.289.800 0,47	0,255	0,662		
		35–64	0 0,517	0,306	0,69		
		65–74	919.874 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		1.132.715 0,52	0,31	0,693		
	65–74		238.295 0,47	0,255	0,662		
		35–64	901.460 0,517	0,306	0,69		
		65–74	269.978 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		2.612.853 0,273	0,037	0,481		
	65–74		3.169.326 0,266	0	0,505		
		35–64	2.853.856 0,262	0,044	0,463		
		65–74	2.247.557 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		529.124 0,786	0,634	0,879		
	65–74		800.726 0,783	0,607	0,885		
		35–64	362.588 0,776	0,622	0,872		
		65–74	523.979 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		1.941.564 0,786	0,634	0,879		
	65–74		2.157.113 0,783	0,607	0,885		
		35–64	1.946.168 0,776	0,622	0,872		
		65–74	2.606.354 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		410.518 0,273	0,037	0,481		
	65–74		139.728 0,266	0	0,505		
		35–64	662.894 0,262	0,044	0,463		
		65–74	315.200 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.20: Aust-Agder, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		593.572 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		252.376 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
	35–64		170.598 0,466	0,452	0,48	0,09	0,79
	65–74		0 0,361	0,318	0,399	0,047	0,717
150	35–64		30.058 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		211.487 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
	35–64		39.535 0,507	0,494	0,52	0,09	0,745
	65–74		0 0,395	0,351	0,433	0,047	0,665
157	35–64		256.167 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		109.128 0,146	0,133	0,159	0	0,461
	35–64		187.387 0,158	0,153	0,163	0	0,396
	65–74		38.994 0,095	0,083	0,107	0	0,333
161	35–64		18.685 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		0 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
	35–64		0 0,642	0,63	0,654	0,248	0,874
	65–74		227.193 0,528	0,483	0,566	0,142	0,822
162	35–64		3.084.027 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		1.600.369 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
	35–64		2.429.257 0,815	0,807	0,822	0,732	0,922
	65–74		961.305 0,735	0,697	0,764	0,604	0,894
188	35–64		717.594 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		546.183 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
	35–64		441.929 0,378	0,366	0,39	0,248	0,724
	65–74		206.071 0,275	0,24	0,306	0,142	0,666
189	35–64		395.353 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		276.206 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		43.868 0,135	0,13	0,14	0	0,455
	65–74		128.084 0,08	0,07	0,09	0	0,378
401–404	35–64		367.462 0,212	0,047	0,367		
	65–74		297.057 0,207	0,019	0,391		
	35–64		147.581 0,192	0,045	0,338		
	65–74		132.146 0,129	0,018	0,271		
410–414	35–64		9.635.521 0,41	0,326	0,489		
	65–74		4.915.380 0,259	0,15	0,37		
	35–64		2.036.882 0,381	0,301	0,459		
	65–74		2.706.004 0,163	0,086	0,255		

**Tabell 5.20: Aust-Agder, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		5.429.610 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		3.883.399 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	1.266.214 0,192	0,045	0,045		
		65–74	1.705.706 0,129	0,018	0,271		
430–438	35–64		3.291.994 0,365	0,228	0,495		
	65–74		2.273.553 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	3.534.893 0,337	0,209	0,465		
		65–74	2.690.840 0,202	0,033	0,408		
440	35–64		2.584.420 0,52	0,31	0,693		
	65–74		1.521.027 0,47	0,255	0,662		
		35–64	537.247 0,493	0,287	0,669		
		65–74	1.259.444 0,352	0,168	0,553		
441	35–64		929.351 0,52	0,31	0,693		
	65–74		1.109.968 0,47	0,255	0,662		
		35–64	175.743 0,493	0,287	0,669		
		65–74	163.828 0,352	0,168	0,553		
442–448	35–64		231.525 0,52	0,31	0,693		
	65–74		418.641 0,47	0,255	0,662		
		35–64	894.690 0,493	0,287	0,669		
		65–74	169.515 0,352	0,168	0,553		
480–487	35–64		1.414.607 0,273	0,037	0,481		
	65–74		2.137.345 0,266	0	0,505		
		35–64	1.283.815 0,249	0,036	0,449		
		65–74	1.390.236 0,171	0,01	0,372		
491–492	35–64		123.209 0,786	0,634	0,879		
	65–74		61.740 0,783	0,607	0,885		
		35–64	92.339 0,764	0,605	0,865		
		65–74	30.870 0,671	0,454	0,819		
496	35–64		2.157.113 0,786	0,634	0,879		
	65–74		2.976.253 0,783	0,607	0,885		
		35–64	1.373.718 0,764	0,605	0,865		
		65–74	1.774.487 0,671	0,454	0,819		
493	35–64		150.559 0,273	0,037	0,481		
	65–74		33.578 0,266	0	0,505		
		35–64	270.519 0,249	0,036	0,449		
		65–74	60.115 0,171	0,01	0,372		

**Tabell 5.21: Vest-Agder, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.329.037 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		645.563 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
	35–64		172.764 0,464	0,45	0,477	0,09	0,79
	65–74		636.357 0,357	0,314	0,394	0,047	0,717
150	35–64		69.593 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		377.210 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
	35–64		0 0,506	0,493	0,519	0,09	0,745
	65–74		90.444 0,392	0,349	0,429	0,047	0,665
157	35–64		320.074 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		117.252 0,146	0,133	0,159	0	0,461
	35–64		78.258 0,161	0,155	0,166	0	0,396
	65–74		117.252 0,097	0,085	0,109	0	0,333
161	35–64		291.370 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		738.174 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
	35–64		0 0,642	0,63	0,653	0,248	0,874
	65–74		0 0,526	0,481	0,563	0,142	0,822
162	35–64		2.780.743 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		2.930.219 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
	35–64		2.154.947 0,814	0,806	0,822	0,732	0,922
	65–74		1.780.986 0,732	0,695	0,761	0,604	0,894
188	35–64		870.319 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		1.408.108 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
	35–64		219.611 0,378	0,366	0,39	0,248	0,724
	65–74		345.257 0,273	0,239	0,304	0,142	0,666
189	35–64		1.142.734 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		996.778 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		406.456 0,138	0,133	0,143	0	0,455
	65–74		152.726 0,082	0,072	0,092	0	0,378
401–404	35–64		331.718 0,212	0,047	0,367		
	65–74		134.853 0,207	0,019	0,391		
	35–64		402.665 0,191	0,048	0,335		
	65–74		98.568 0,128	0,02	0,267		
410–414	35–64		13.660.272 0,41	0,326	0,489		
	65–74		9.685.075 0,259	0,15	0,37		
	35–64		2.476.645 0,383	0,304	0,46		
	65–74		3.574.699 0,161	0,086	0,251		

**Tabell 5.21: Vest-Agder, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		4.325.329 0,212	0,047	0,047		
415–417	65–74		4.162.855 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	1.635.301 0,191	0,048	0,335		
		65–74	1.885.782 0,128	0,02	0,267		
430–438	35–64		4.264.672 0,365	0,22	0,495		
	65–74		5.012.052 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	3.690.597 0,339	0,213	0,464		
		65–74	2.245.661 0,202	0,039	0,404		
440	35–64		2.080.209 0,52	0,31	0,693		
	65–74		1.715.184 0,47	0,255	0,662		
		35–64	1.422.731 0,498	0,291	0,674		
		65–74	1.008.151 0,357	0,171	0,558		
441	35–64		1.093.450 0,52	0,31	0,693		
	65–74		1.739.555 0,47	0,255	0,662		
		35–64	274.310 0,498	0,291	0,674		
		65–74	60.386 0,357	0,171	0,558		
442–448	35–64		902.543 0,52	0,31	0,693		
	65–74		484.985 0,47	0,255	0,662		
		35–64	880.880 0,498	0,291	0,674		
		65–74	176.014 0,357	0,171	0,558		
480–487	35–64		2.533.511 0,273	0,037	0,481		
	65–74		2.703.567 0,266	0	0,505		
		35–64	2.245.391 0,249	0,041	0,446		
		65–74	2.137.887 0,17	0,013	0,367		
491–492	35–64		308.159 0,786	0,634	0,879		
	65–74		201.739 0,783	0,607	0,885		
		35–64	246.419 0,763	0,605	0,864		
		65–74	263.208 0,668	0,453	0,817		
496	35–64		2.223.457 0,786	0,634	0,879		
	65–74		2.711.962 0,783	0,607	0,885		
		35–64	1.725.745 0,763	0,605	0,864		
		65–74	2.835.171 0,668	0,453	0,817		
493	35–64		304.097 0,273	0,037	0,481		
	65–74		16.789 0,266	0	0,505		
		35–64	397.520 0,249	0,041	0,446		
		65–74	66.885 0,17	0,013	0,367		

**Tabell 5.22: Rogaland, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		3.091.339 0,498	0,484	0,511	0,091	0,799
		65–74	941.808 0,51	0,479	0,537	0,071	0,796
		35–64	480.111 0,462	0,448	0,476	0,09	0,79
		65–74	855.155 0,358	0,315	0,396	0,047	0,717
150	35–64		572.179 0,536	0,523	0,548	0,091	0,754
		65–74	491.484 0,54	0,51	0,567	0,071	0,757
		35–64	30.058 0,503	0,489	0,516	0,09	0,745
		65–74	39.535 0,392	0,348	0,43	0,047	0,665
157	35–64		1.174.145 0,164	0,159	0,17	0	0,418
		65–74	688.077 0,139	0,126	0,151	0	0,461
		35–64	238.837 0,155	0,15	0,16	0	0,396
		65–74	355.006 0,093	0,081	0,105	0	0,333
161	35–64		573.262 0,666	0,655	0,677	0,251	0,878
		65–74	45.493 0,664	0,636	0,687	0,204	0,878
		35–64	0 0,638	0,626	0,65	0,248	0,874
		65–74	241.274 0,524	0,479	0,562	0,142	0,822
162	35–64		4.005.526 0,831	0,823	0,838	0,745	0,927
		65–74	3.264.644 0,832	0,814	0,846	0,736	0,932
		35–64	2.560.861 0,812	0,804	0,82	0,732	0,922
		65–74	1.412.170 0,732	0,694	0,761	0,604	0,894
188	35–64		570.825 0,403	0,391	0,415	0,251	0,742
		65–74	1.440.603 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
		35–64	427.848 0,374	0,362	0,386	0,248	0,724
		65–74	523.708 0,272	0,237	0,303	0,142	0,666
189	35–64		330.093 0,141	0,136	0,146	0	0,474
		65–74	480.111 0,118	0,107	0,129	0	0,503
		35–64	605.486 0,133	0,128	0,137	0	0,455
		65–74	520.729 0,079	0,069	0,089	0	0,378
401–404	35–64		1.084.785 0,209	0,04	0,368		
		65–74	575.700 0,207	0,011	0,397		
		35–64	787.457 0,189	0,043	0,335		
		65–74	393.729 0,127	0,017	0,269		
410–414	35–64		36.517.927 0,402	0,317	0,483		
		65–74	19.698.619 0,262	0,149	0,375		
		35–64	7.312.142 0,377	0,297	0,455		
		65–74	6.548.785 0,161	0,085	0,253		

**Tabell 5.22: Rogaland, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		10.241.819 0,209	0,04	0,368		
415–417	65–74		8.119.638 0,207	0,011	0,397		
420–429		35–64	3.413.037 0,189	0,043	0,335		
		65–74	6.907.582 0,127	0,017	0,269		
430–438	35–64		8.789.843 0,357	0,209	0,492		
	65–74		7.675.001 0,037	-0,206	0,302		
		35–64	4.829.269 0,333	0,205	0,461		
		65–74	5.404.698 0,199	0,032	0,405		
440	35–64		4.275.503 0,505	0,297	0,679		
	65–74		4.309.081 0,455	0,244	0,648		
		35–64	2.195.295 0,487	0,282	0,664		
		65–74	3.071.300 0,347	0,165	0,547		
441	35–64		1.129.194 0,505	0,297	0,679		
	65–74		3.575.240 0,455	0,244	0,648		
		35–64	902.543 0,487	0,282	0,664		
		65–74	686.994 0,347	0,165	0,547		
442–448	35–64		541.309 0,505	0,297	0,679		
	65–74		694.576 0,455	0,244	0,648		
		35–64	254.813 0,487	0,282	0,664		
		65–74	650.979 0,347	0,165	0,547		
480–487	35–64		6.881.586 0,269	0,027	0,481		
	65–74		5.993.666 0,266	-0,012	0,511		
		35–64	5.350.540 0,246	0,034	0,446		
		65–74	4.273.608 0,169	0,01	0,37		
491–492	35–64		1.092.367 0,784	0,629	0,878		
	65–74		1.964.040 0,785	0,606	0,886		
		35–64	2.165.508 0,761	0,601	0,863		
		65–74	1.473.639 0,668	0,45	0,817		
496	35–64		1.078.557 0,784	0,629	0,878		
	65–74		2.242.412 0,785	0,606	0,886		
		35–64	2.023.614 0,761	0,601	0,863		
		65–74	1.386.716 0,668	0,45	0,817		
493	35–64		605.216 0,269	0,027	0,481		
	65–74		241.545 0,266	-0,012	0,511		
		35–64	1.291.398 0,246	0,034	0,446		
		65–74	407.539 0,169	0,01	0,37		



**Tabell 5.23: Hordaland, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.997.889 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
		65–74	927.727 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
		35–64	1.170.354 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	929.351 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		1.217.201 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
		65–74	1.047.687 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
		35–64	219.340 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	340.654 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		1.829.457 0,173	0,167	0,179	0	0,418
		65–74	1.196.350 0,146	0,133	0,159	0	0,461
		35–64	558.911 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	983.238 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		451.678 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
		65–74	246.148 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
		35–64	154.080 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
		65–74	45.493 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		6.904.062 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
		65–74	6.445.885 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
		35–64	2.757.725 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	1.402.421 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		3.098.921 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
		65–74	3.351.026 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
		35–64	1.140.026 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	1.635.030 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		1.787.214 0,148	0,143	0,153	0	0,474
		65–74	1.006.797 0,125	0,113	0,136	0	0,503
		35–64	190.907 0,147	0,142	0,152	0	0,455
		65–74	688.348 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		1.649.923 0,212	0,047	0,367		
		65–74	418.100 0,207	0,019	0,391		
		35–64	1.758.781 0,203	0,051	0,351		
		65–74	607.653 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		43.931.074 0,41	0,326	0,489		
		65–74	25.541.725 0,259	0,15	0,37		
		35–64	7.293.187 0,4	0,319	0,477		
		65–74	9.978.070 0,171	0,092	0,264		

**Tabell 5.23: Hordaland, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		12.733.629 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		12.654.287 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	4.586.912 0,203	0,051	0,351		
		65–74	9.008.100 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		10.747.926 0,365	0,22	0,495		
	65–74		11.613.912 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	5.723.688 0,355	0,225	0,482		
		65–74	6.555.555 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		1.372.364 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.200.710 0,47	0,255	0,662		
		35–64	675.621 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.090.471 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		2.243.495 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.910.993 0,47	0,255	0,662		
		35–64	24.642 0,517	0,306	0,69		
		65–74	490.130 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		3.005.769 0,52	0,31	0,693		
	65–74		3.155.516 0,47	0,255	0,662		
		35–64	1.726.828 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.384.008 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		7.592.952 0,273	0,037	0,481		
	65–74		10.737.094 0,266	0	0,505		
		35–64	7.623.551 0,262	0,044	0,463		
		65–74	6.271.496 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		753.338 0,786	0,634	0,879		
	65–74		431.368 0,783	0,607	0,885		
		35–64	431.368 0,776	0,622	0,872		
		65–74	263.208 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		2.514.014 0,786	0,634	0,879		
	65–74		4.577.163 0,783	0,607	0,885		
		35–64	4.927.566 0,776	0,622	0,872		
		65–74	5.683.611 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		410.518 0,273	0,037	0,481		
	65–74		177.097 0,266	0	0,505		
		35–64	1.651.277 0,262	0,044	0,463		
		65–74	513.689 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.24: Sogn og Fjordane, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.043.083 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		306.805 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
	35–64		36.286 0,464	0,449	0,478	0,09	0,79
	65–74		208.779 0,364	0,319	0,403	0,047	0,717
150	35–64		159.766 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		90.444 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
	35–64		69.593 0,503	0,488	0,516	0,09	0,745
	65–74		0 0,395	0,35	0,434	0,047	0,665
157	35–64		334.426 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		273.769 0,146	0,133	0,159	0	0,461
	35–64		78.258 0,148	0,143	0,153	0	0,396
	65–74		0 0,088	0,077	0,099	0	0,333
161	35–64		261.583 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		291.370 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
	35–64		136.478 0,636	0,623	0,648	0,248	0,874
	65–74		0 0,526	0,479	0,564	0,142	0,822
162	35–64		2.781.826 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		1.307.374 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
	35–64		931.247 0,811	0,803	0,819	0,732	0,922
	65–74		83.403 0,734	0,695	0,764	0,604	0,894
188	35–64		638.252 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		947.494 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
	35–64		371.795 0,372	0,359	0,384	0,248	0,724
	65–74		573.262 0,273	0,237	0,305	0,142	0,666
189	35–64		573.804 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		230.984 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		330.093 0,126	0,122	0,131	0	0,455
	65–74		255.897 0,075	0,065	0,084	0	0,378
401–404	35–64		759.024 0,212	0,047	0,367		
	65–74		315.200 0,207	0,019	0,391		
	35–64		561.618 0,27	0,188	0,036		
	65–74		279.184 0,128	0,013	0,276		
410–414	35–64		15.008.536 0,41	0,326	0,489		
	65–74		10.226.114 0,259	0,15	0,37		
	35–64		3.151.725 0,371	0,289	0,451		
	65–74		3.035.285 0,164	0,085	0,259		

**Tabell 5.24: Sogn og Fjordane, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn( B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		3.162.556 0,301	0,164	0,429		
415–417	65–74		3.140.893 0,297	0,136	0,449		
420–429		35–64	834.846 0,27	0,141	0,397		
		65–74	1.748.220 0,192	0,078	0,326		
430–438	35–64		2.584.691 0,212	0,047	0,367		
	65–74		2.976.524 0,207	0,019	0,391		
		35–64	1.442.228 0,188	0,036	0,338		
		65–74	2.229.143 0,128	0,013	0,276		
440	35–64		847.302 0,52	0,31	0,693		
	65–74		728.154 0,47	0,255	0,662		
		35–64	660.998 0,473	0,271	0,651		
		65–74	478.486 0,334	0,157	0,533		
441	35–64		702.700 0,52	0,31	0,693		
	65–74		490.130 0,47	0,255	0,662		
		35–64	0 0,473	0,271	0,651		
		65–74	73.655 0,334	0,157	0,533		
442–448	35–64		1.972.976 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.118.661 0,47	0,255	0,662		
		35–64	730.321 0,473	0,271	0,651		
		65–74	314.658 0,334	0,157	0,533		
480–487	35–64		2.282.489 0,273	0,037	0,481		
	65–74		2.626.121 0,266	0	0,505		
		35–64	1.872.784 0,244	0,025	0,449		
		65–74	1.679.440 0,169	0,003	0,377		
491–492	35–64		61.740 0,786	0,634	0,879		
	65–74		184.950 0,783	0,607	0,885		
		35–64	294.078 0,76	0,597	0,863		
		65–74	139.998 0,67	0,449	0,82		
496	35–64		400.498 0,786	0,634	0,879		
	65–74		1.391.048 0,783	0,607	0,885		
		35–64	407.539 0,76	0,597	0,863		
		65–74	418.371 0,67	0,449	0,82		
493	35–64		100.463 0,273	0,037	0,481		
	65–74		93.423 0,266	0	0,505		
		35–64	387.771 0,244	0,025	0,449		
		65–74	183.054 0,169	0,003	0,377		

**Tabell 5.25: Møre og Romsdal, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne r(C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		608.736 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
		65–74	902.272 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
		35–64	656.937 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	497.983 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		289.475 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
		65–74	639.064 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
		35–64	239.108 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	0 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		1.141.109 0,173	0,167	0,179	0	0,418
		65–74	535.081 0,146	0,133	0,159	0	0,461
		35–64	831.325 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	500.420 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		128.354 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
		65–74	45.493 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
		35–64	131.604 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
		65–74	135.124 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		4.332.098 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
		65–74	4.982.807 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
		35–64	1.455.767 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	847.573 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		623.088 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
		65–74	2.557.070 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
		35–64	249.398 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	925.560 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		1.117.821 0,148	0,143	0,153	0	0,474
		65–74	1.218.013 0,125	0,113	0,136	0	0,503
		35–64	357.984 0,147	0,142	0,152	0	0,455
		65–74	756.858 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		541.580 0,212	0,047	0,367		
		65–74	493.109 0,207	0,019	0,391		
		35–64	748.464 0,203	0,051	0,351		
		65–74	344.445 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		28.211.715 0,41	0,326	0,489		
		65–74	23.750.720 0,259	0,15	0,37		
		35–64	5.377.619 0,4	0,319	0,477		
		65–74	9.223.649 0,171	0,092	0,264		

**Tabell 5.25: Møre og Romsdal, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		8.843.460 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		8.849.417 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	2.309.026 0,203	0,051	0,351		
		65–74	5.595.334 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		6.359.503 0,365	0,22	0,495		
		65–74	6.802.786 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	3.604.486 0,355	0,225	0,482		
		65–74	4.831.977 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		2.322.837 0,52	0,31	0,693		
		65–74	4.926.482 0,47	0,255	0,662		
		35–64	2.159.550 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.386.986 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		705.408 0,52	0,31	0,693		
		65–74	2.351.270 0,47	0,255	0,662		
		35–64	10.832 0,517	0,306	0,69		
		65–74	565.410 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		843.511 0,52	0,31	0,693		
		65–74	820.494 0,47	0,255	0,662		
		35–64	624.713 0,517	0,306	0,69		
		65–74	622.275 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		4.596.389 0,273	0,037	0,481		
		65–74	4.713.912 0,266	0	0,505		
		35–64	3.195.593 0,262	0,044	0,463		
		65–74	3.442.012 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		334.696 0,786	0,634	0,879		
		65–74	849.197 0,783	0,607	0,885		
		35–64	493.109 0,776	0,622	0,872		
		65–74	462.239 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		832.138 0,786	0,634	0,879		
		65–74	1.681.877 0,783	0,607	0,885		
		35–64	621.192 0,776	0,622	0,872		
		65–74	1.454.142 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		671.018 0,273	0,037	0,481		
		65–74	411.872 0,266	0	0,505		
		35–64	1.141.651 0,262	0,044	0,463		
		65–74	658.832 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.26: Sør-Trøndelag, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.259.715 0,486	0,472	0,498	0,091	0,799
		65–74	681.849 0,493	0,462	0,52	0,071	0,796
		35–64	532.102 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	0 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		173.035 0,526	0,513	0,538	0,091	0,754
		65–74	617.401 0,525	0,495	0,552	0,071	0,757
		35–64	258.604 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	0 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		590.864 0,164	0,159	0,17	0	0,418
		65–74	1.202.037 0,139	0,126	0,151	0	0,461
		35–64	877.901 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	1.199.058 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		45.493 0,658	0,647	0,669	0,251	0,878
		65–74	497.712 0,652	0,624	0,676	0,204	0,878
		35–64	109.670 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
		65–74	90.985 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		2.682.987 0,825	0,818	0,832	0,745	0,927
		65–74	3.568.741 0,824	0,805	0,839	0,736	0,932
		35–64	2.637.765 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	1.850.579 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		802.080 0,395	0,383	0,406	0,251	0,742
		65–74	1.490.970 0,388	0,36	0,414	0,204	0,774
		35–64	43.056 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	860.029 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		590.322 0,141	0,136	0,146	0	0,474
		65–74	796.935 0,118	0,107	0,129	0	0,503
		35–64	730.862 0,147	0,142	0,152	0	0,455
		65–74	469.279 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		700.805 0,203	0,044	0,356		
		65–74	289.745 0,199	0,017	0,38		
		35–64	503.128 0,203	0,051	0,351		
		65–74	545.100 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		35.318.057 0,396	0,314	0,475		
		65–74	26.586.433 0,25	0,143	0,359		
		35–64	7.559.915 0,4	0,319	0,477		
		65–74	10.469.554 0,171	0,092	0,264		

**Tabell 5.26: Sør-Trøndelag, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		8.968.294 0,203	0,044	0,356		
415–417	65–74		7.635.466 0,199	0,017	0,38		
420–429		35–64	3.006.311 0,203	0,051	0,351		
		65–74	4.411.440 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		7.985.597 0,352	0,21	0,482		
		65–74	8.644.158 0,044	-0,176	0,293		
		35–64	5.067.293 0,355	0,219	0,482		
		65–74	5.551.737 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		3.324.218 0,505	0,297	0,679		
		65–74	2.311.463 0,455	0,244	0,648		
		35–64	845.136 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.386.986 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		2.243.224 0,505	0,297	0,679		
		65–74	4.214.034 0,455	0,244	0,648		
		35–64	174.930 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.112.135 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		1.374.530 0,505	0,297	0,679		
		65–74	1.111.051 0,455	0,244	0,648		
		35–64	239.649 0,517	0,306	0,69		
		65–74	464.946 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		4.456.120 0,262	0,033	0,468		
		65–74	5.560.402 0,256	-0,002	0,493		
		35–64	4.450.163 0,262	0,044	0,463		
		65–74	3.901.813 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		1.848.954 0,777	0,622	0,873		
		65–74	2.972.191 0,775	0,595	0,88		
		35–64	1.920.172 0,776	0,622	0,872		
		65–74	3.887.190 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		400.498 0,777	0,622	0,873		
		65–74	616.318 0,775	0,595	0,88		
		35–64	1.389.694 0,776	0,622	0,872		
		65–74	678.058 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		196.864 0,262	0,033	0,468		
		65–74	66.885 0,256	-0,002	0,493		
		35–64	594.384 0,262	0,044	0,463		
		65–74	263.749 0,18	0,015	0,383		



**Tabell 5.27: Nord-Trøndelag, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		141.623 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		580.303 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
	35–64		363.671 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
	65–74		0 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		358.255 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		90.444 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
	35–64		0 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
	65–74		0 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		148.393 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		234.775 0,146	0,133	0,159	0	0,461
	35–64		0 0,171	0,165	0,177	0	0,396
	65–74		0 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		90.985 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		200.655 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
	35–64		136.478 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
	65–74		0 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		2.719.273 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		1.893.364 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
	35–64		648.271 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
	65–74		608.194 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		657.207 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		1.033.876 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
	35–64		21.392 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
	65–74		137.832 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		175.201 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		275.123 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		363.671 0,147	0,142	0,152	0	0,455
	65–74		103.171 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		263.479 0,212	0,047	0,367		
	65–74		328.197 0,207	0,019	0,391		
	35–64		427.307 0,203	0,051	0,351		
	65–74		286.225 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		15.392.787 0,41	0,326	0,489		
	65–74		11.290.589 0,259	0,15	0,37		
	35–64		4.311.248 0,4	0,319	0,477		
	65–74		6.344.610 0,171	0,092	0,264		

**Tabell 5.27: Nord-Trøndelag, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		4.934.877 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		4.298.520 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	3.788.352 0,203	0,051	0,351		
		65–74	3.516.208 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		3.289.015 0,365	0,22	0,495		
		65–74	4.589.620 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	2.243.766 0,355	0,225	0,482		
		65–74	2.660.512 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		1.193.642 0,52	0,31	0,693		
		65–74	1.994.098 0,47	0,255	0,662		
		35–64	1.717.079 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.763.384 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		461.155 0,52	0,31	0,693		
		65–74	2.395.679 0,47	0,255	0,662		
		35–64	187.116 0,517	0,306	0,69		
		65–74	200.385 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		441.658 0,52	0,31	0,693		
		65–74	527.770 0,47	0,255	0,662		
		35–64	311.409 0,517	0,306	0,69		
		65–74	24.642 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		1.596.849 0,273	0,037	0,481		
		65–74	3.122.750 0,266	0	0,505		
		35–64	1.298.438 0,262	0,044	0,463		
		65–74	1.763.384 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		739.527 0,786	0,634	0,879		
		65–74	2.064.232 0,783	0,607	0,885		
		35–64	1.065.559 0,776	0,622	0,872		
		65–74	1.972.434 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		123.209 0,786	0,634	0,879		
		65–74	215.820 0,783	0,607	0,885		
		35–64	92.339 0,776	0,622	0,872		
		65–74	308.159 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		152.184 0,273	0,037	0,481		
		65–74	60.115 0,266	0	0,505		
		35–64	223.402 0,262	0,044	0,463		
		65–74	93.423 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.28: Nordland, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.443.311 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
		65–74	203.634 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
		35–64	491.484 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	354.464 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		0 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
		65–74	418.912 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
		35–64	207.696 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	0 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		711.365 0,173	0,167	0,179	0	0,418
		65–74	1.209.890 0,146	0,133	0,159	0	0,461
		35–64	930.976 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	986.759 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		604.674 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
		65–74	704.866 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
		35–64	0 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
		65–74	0 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		2.992.500 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
		65–74	7.814.999 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
		35–64	2.049.068 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	1.591.162 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		1.819.167 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
		65–74	1.866.826 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
		35–64	482.277 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	407.268 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		930.434 0,148	0,143	0,153	0	0,474
		65–74	1.735.493 0,125	0,113	0,136	0	0,503
		35–64	511.793 0,147	0,142	0,152	0	0,455
		65–74	701.617 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		1.926.671 0,212	0,047	0,367		
		65–74	479.298 0,207	0,019	0,391		
		35–64	663.706 0,203	0,051	0,351		
		65–74	340.112 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		35.624.320 0,41	0,326	0,489		
		65–74	23.056.685 0,259	0,15	0,37		
		35–64	6.461.320 0,4	0,319	0,477		
		65–74	9.941.784 0,171	0,092	0,264		

**Tabell 5.28: Nordland, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		10.038.456 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		10.279.459 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	4.226.490 0,203	0,051	0,351		
		65–74	5.486.747 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		9.809.368 0,365	0,22	0,495		
	65–74		8.303.775 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	4.560.645 0,355	0,225	0,482		
		65–74	6.049.990 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		4.312.602 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.569.526 0,47	0,255	0,662		
		35–64	1.312.790 0,517	0,306	0,69		
		65–74	1.946.980 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		2.974.357 0,52	0,31	0,693		
	65–74		4.954.645 0,47	0,255	0,662		
		35–64	331.447 0,517	0,306	0,69		
		65–74	672.101 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		1.551.085 0,52	0,31	0,693		
	65–74		906.334 0,47	0,255	0,662		
		35–64	1.296.001 0,517	0,306	0,69		
		65–74	782.312 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		3.746.921 0,273	0,037	0,481		
	65–74		5.214.332 0,266	0	0,505		
		35–64	3.029.599 0,262	0,044	0,463		
		65–74	4.659.213 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		616.047 0,786	0,634	0,879		
	65–74		879.526 0,783	0,607	0,885		
		35–64	464.946 0,776	0,622	0,872		
		65–74	431.368 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		678.058 0,786	0,634	0,879		
	65–74		2.372.933 0,783	0,607	0,885		
		35–64	1.318.747 0,776	0,622	0,872		
		65–74	2.463.377 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		542.663 0,273	0,037	0,481		
	65–74		349.319 0,266	0	0,505		
		35–64	962.388 0,262	0,044	0,463		
		65–74	407.539 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.29: Troms, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn (B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		1.134.339 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		354.735 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
		35–64	482.006 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
		65–74	343.362 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		391.021 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		321.699 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
		35–64	39.535 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
		65–74	0 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		38.994 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		883.588 0,146	0,133	0,159	0	0,461
		35–64	38.994 0,171	0,165	0,177	0	0,396
		65–74	529.936 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		488.776 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		945.869 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
		35–64	125.105 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
		65–74	90.985 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		1.359.637 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		1.957.270 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
		35–64	1.421.106 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
		65–74	1.172.791 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		1.061.497 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		1.320.914 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
		35–64	17.601 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
		65–74	543.205 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		432.452 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		556.744 0,125	0,113	0,136	0	0,503
		35–64	344.716 0,147	0,142	0,152	0	0,455
		65–74	74.196 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		246.148 0,212	0,047	0,367		
	65–74		98.568 0,207	0,019	0,391		
		35–64	240.732 0,203	0,051	0,351		
		65–74	147.581 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		18.972.901 0,41	0,326	0,489		
	65–74		14.654.884 0,259	0,15	0,37		
		35–64	5.896.723 0,4	0,319	0,477		
		65–74	6.095.754 0,171	0,092	0,264		

**Tabell 5.29: Troms, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn (B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		6.313.198 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		5.160.174 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	1.883.615 0,203	0,051	0,351		
		65–74	3.321.781 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		5.656.532 0,365	0,22	0,495		
	65–74		4.697.936 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	2.934.280 0,355	0,225	0,482		
		65–74	2.655.367 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		405.643 0,52	0,31	0,693		
	65–74		608.465 0,47	0,255	0,662		
		35–64	242.357 0,517	0,306	0,69		
		65–74	755.775 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		1.185.519 0,52	0,31	0,693		
	65–74		2.402.178 0,47	0,255	0,662		
		35–64	388.854 0,517	0,306	0,69		
		65–74	429.202 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		1.085.868 0,52	0,31	0,693		
	65–74		974.032 0,47	0,255	0,662		
		35–64	688.890 0,517	0,306	0,69		
		65–74	560.806 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		1.984.620 0,273	0,037	0,481		
	65–74		1.742.804 0,266	0	0,505		
		35–64	1.963.769 0,262	0,044	0,463		
		65–74	1.494.761 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		30.870 0,786	0,634	0,879		
	65–74		339.029 0,783	0,607	0,885		
		35–64	92.339 0,776	0,622	0,872		
		65–74	184.950 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		708.928 0,786	0,634	0,879		
	65–74		1.756.615 0,783	0,607	0,885		
		35–64	893.607 0,776	0,622	0,872		
		65–74	1.347.180 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		246.960 0,273	0,037	0,481		
	65–74		139.728 0,266	0	0,505		
		35–64	500.962 0,262	0,044	0,463		
		65–74	116.981 0,18	0,015	0,383		

**Tabell 5.30: Finnmark, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
140–149	35–64		0 0,499	0,485	0,511	0,091	0,799
	65–74		116.169 0,505	0,474	0,532	0,071	0,796
	35–64		0 0,481	0,467	0,494	0,09	0,79
	65–74		125.105 0,372	0,329	0,41	0,047	0,717
150	35–64		39.535 0,539	0,526	0,551	0,091	0,754
	65–74		118.606 0,537	0,507	0,564	0,071	0,757
	35–64		0 0,523	0,51	0,536	0,09	0,745
	65–74		0 0,408	0,365	0,446	0,047	0,665
157	35–64		160.578 0,173	0,167	0,179	0	0,418
	65–74		109.128 0,146	0,133	0,159	0	0,461
	35–64		78.258 0,171	0,165	0,177	0	0,396
	65–74		514.501 0,103	0,09	0,116	0	0,333
161	35–64		272.686 0,67	0,659	0,681	0,251	0,878
	65–74		0 0,663	0,636	0,687	0,204	0,878
	35–64		0 0,658	0,646	0,669	0,248	0,874
	65–74		0 0,543	0,498	0,58	0,142	0,822
162	35–64		2.021.177 0,833	0,826	0,84	0,745	0,927
	65–74		2.259.201 0,831	0,813	0,845	0,736	0,932
	35–64		209.050 0,825	0,817	0,832	0,732	0,922
	65–74		429.473 0,746	0,71	0,774	0,604	0,894
188	35–64		256.438 0,408	0,396	0,419	0,251	0,742
	65–74		92.339 0,4	0,372	0,426	0,204	0,774
	35–64		120.231 0,395	0,382	0,407	0,248	0,724
	65–74		64.448 0,287	0,252	0,319	0,142	0,666
189	35–64		103.171 0,148	0,143	0,153	0	0,474
	65–74		992.175 0,125	0,113	0,136	0	0,503
	35–64		147.039 0,147	0,142	0,152	0	0,455
	65–74		0 0,088	0,077	0,099	0	0,378
401–404	35–64		549.974 0,212	0,047	0,367		
	65–74		178.180 0,207	0,019	0,391		
	35–64		270.790 0,203	0,051	0,351		
	65–74		122.939 0,136	0,022	0,28		
410–414	35–64		12.848.986 0,41	0,326	0,489		
	65–74		7.068.161 0,259	0,15	0,37		
	35–64		1.906.091 0,4	0,319	0,477		
	65–74		4.204.556 0,171	0,092	0,264		

**Tabell 5.30: Finnmark, 1998.**

ICD9- kode(A)	Alder Menn(B)	Alder Kvinne (C)	Total Tilsk. utgift for røyking fylket Best(E) (kr) (D)	Tilsk røyking Lav(F)	Tilsk røyking høy(G)	Tilsk røyking Lav – ny(H)	Tilsk røyking Høy – ny(I)
390–398	35–64		4.023.939 0,212	0,047	0,367		
415–417	65–74		3.199.655 0,207	0,019	0,391		
420–429		35–64	1.134.339 0,203	0,051	0,351		
		65–74	2.030.113 0,136	0,022	0,28		
430–438	35–64		3.466.112 0,365	0,22	0,495		
		65–74	2.348.291 0,048	-0,182	0,304		
		35–64	2.922.366 0,355	0,225	0,482		
		65–74	1.137.318 0,214	0,042	0,42		
440	35–64		224.485 0,52	0,31	0,693		
		65–74	374.503 0,47	0,255	0,662		
		35–64	140.540 0,517	0,306	0,69		
		65–74	297.327 0,374	0,182	0,576		
441	35–64		324.948 0,52	0,31	0,693		
		65–74	625.525 0,47	0,255	0,662		
		35–64	0 0,517	0,306	0,69		
		65–74	175.743 0,374	0,182	0,576		
442–448	35–64		1.078.557 0,52	0,31	0,693		
		65–74	1.953.750 0,47	0,255	0,662		
		35–64	452.219 0,517	0,306	0,69		
		65–74	721.114 0,374	0,182	0,576		
480–487	35–64		829.971 0,273	0,037	0,481		
		65–74	1.238.864 0,266	0	0,505		
		35–64	1.044.437 0,262	0,044	0,463		
		65–74	1.001.652 0,18	0,015	0,383		
491–492	35–64		154.080 0,786	0,634	0,879		
		65–74	277.289 0,783	0,607	0,885		
		35–64	154.080 0,776	0,622	0,872		
		65–74	119.148 0,684	0,471	0,827		
496	35–64		493.109 0,786	0,634	0,879		
		65–74	739.527 0,783	0,607	0,885		
		35–64	554.578 0,776	0,622	0,872		
		65–74	695.660 0,684	0,471	0,827		
493	35–64		196.864 0,273	0,037	0,481		
		65–74	69.864 0,266	0	0,505		
		35–64	492.567 0,262	0,044	0,463		
		65–74	206.613 0,18	0,015	0,383		



**Tabell 5.31:**

Underliggende dødsårsak	ICD-9-kode	Tilskrives røyking best(%)	Tilskrives røyking lav (%)
<b>MENN</b>			
<b>Kreft</b>			
Leppe, munnhule, svelg (pharynx)	140–149	50,9	46,5
Spiserør (øsofagus)	150	53,7	49,4
Bukspyttkjertel (pancreas)	157	13,8	11,7
Strupe (larynx)	161	65,9	62,2
Luftrør, bronkier, lunger	162	82,9	80,4
Urinblære	188	39,8	35,7
Nyre, andre urinorganer	189	11,9	9,9
<b>Hjerte- og karsykdommer</b>			
Hypertensjon	401–404	20,9	0,8
Ischemisk hjertesykdom	410–414	26,4	14,1
Annen hjertesykdom	390–398, 415–417, 420–429	20,9	0,8
Cerebrovaskulære sykdommer	430–438	3,8	0
Arteriosklerose	440	44,1	22,8
Aortaaneurisme	441	44,1	22,8
Andre arterielle sykdommer	442–448	44,1	22,8
<b>Lungesykdommer</b>			
Lungebetennelse (pneumoni) og influensa	480–487	26,7	5,4
Kronisk bronkitt, emfysem	491–492	78,1	59,0
Kronisk obstruktiv lungesykdom	496	78,1	59,0
Andre lungesykdommer (bronkial astma)	493	26,7	5,4

*Vedlegg 4: Tilskrivbar sannsynlighet for pasienter over 74 år.*

*Vedlegg 5: Fylkesvis oversikt over utgifter til sykehusbehandling. Pasienter Over 74 år*

I dette vedlegget presenteres beregnede kostnader for pasienter over 74 år etter fylke. Her presenteres kun kostnader ved beste anslag over tilskrivbar sannsynlighet.

**Tabell 5.32: Fylkesvise utgifter til pasienter med kreft. 1000 kr 1998. Beste estimat tilskrivbar sannsynlighet.**

Kreft	140–149	150	157	161	162	188	189	SU M	SU M		
	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvin ne	Ma nn	Kvin ne	TOTS UM
Øst- fold	301,63,6 9	113,145,54,0 3 6	152,299,59,9 1 7	3083 ,2	1735 ,4	823,112,23,4 9 2	57,3 2	4699 ,1	2326 ,1	7025, 2	
Aker- shus	563,250,413,64,7 0 1 8	64,6 97,7 30,0 0,0	2444 ,1	1770 ,0	187 558,96,3 1,2 7	89,2 5482	2830 ,5	8313, 4			
Oslo	443,128,598,117,213,413,359,30,0 8 6 8 2 6 1 6	3150 ,8	1993 ,3	118 677,129,119,6083 7,6 5 6 0	3478 ,7	9562, 5					
Hed- mark	52,9 59,1 69,8 139,90,6 85,9 264, 3	0,0 5	969, 8	484,861,262,38,6 72,0 9 4 2	2347 ,6	1103 ,4	3451, 0				
Opp- land	203,261,106,32,4 5,4 128,356,109,806, 6 4 1	103,868,187,70,1 49,7 9 7 1	2416 ,4	872, 0	3288, 4						
Busk- erud	23,1 175,347,64,7 132,59,4 149,0,0 7 7 4 8	2922 ,6	1464 ,2	923,179,85,5 30,2 3 5	4584 ,3	1973 ,7	6558, 0				
Vest- fold	174,460,80,9 188,90,6 111,166,30,0 6 1 0 4 7	2451 ,8	1330 ,9	867,335,34,7 53,4 1 5	3866 ,4	2509 ,4	6375, 9				
Telem ark	208,86,7 80,9 85,9 105,21,6 119,0,0 0 5 9	2271 ,7	242,507,219,123,33,4 4 8 5 9	3417 ,6	689, 6	4107, 2					
Aust- Agder	226,0,0 69,8 32,4 20,2 16,2 30,0 6	0,0 4	346, 4	445,440,334,66,1 20,4 9 9 0	1199 ,9	848, 9	2048, 7				
Vest- Agder	46,2 62,4 0,0 113,54,0 37,8 179,0,0 3	1949 ,1	667,634,243,28,9 27,5 6 9 4	2892 ,9	1152 ,0	4044, 9					
Roga- land	322,63,6 129,0,0 72,2 97,5 114,30,0 4 4	3018 ,0	1092 ,8	110 521,43,1 161,4809 9,6 9 9	1967 ,5	6777, ,9 3					
Horda- land	425,178,316,219,128,292,260,0,0 1 0 1 9 0 1 5	2963 ,1	1448 ,8	149 714,145,112,5730 3,0 9 1 7	2966 ,9	8697, ,3 2					
Sogn og Fjor- dane	124,123,97,1 0,0 44,1 21,6 179,132,1291 0 2 8 2	1291 ,1	103,530,105,67,2 29,2 9 2 5	2333 ,3	515, 7	2849, 0					
Møre og Roms- dal	235,268,16,2 37,4 94,2 65,4 335,30,0 8 2 7	2219 ,0	467,101 282,102,119,4021 8 7,7 7 9 3	1270 ,5	5292, ,8 3						
Sør- Trøn- delag	142,104,414,97,8 37,8 210,136,30,0 5 0 6 7 7	1889 ,4	415,606,628,69,6 50,1 6 2 3	3296 ,8	1536 ,4	4833, 2					
Nord- Trøn- delag	179,72,5 139,32,4 37,8 70,1 296,0,0 2 5 4	563, 7	346,556,192,43,5 20,4 4 0 1	1816 ,2	733, 9	2550, 0					
Nord- land	23,1 134,129,225,49,0 252,0,0 159,2245 1 2 4 5 0	771,733,429,88,4 70,6 4 5 6 7	3268 ,7	2042 ,9	5311, 6						
Troms	64,7 108,58,6 107,21,6 53,2 184,0,0 6 1 8	1562 ,2	425,449,185,27,9 5,9 2 6 8	2369 ,5	885, 8	3255, 3					
Finnm ark	23,1 110,32,4 32,4 5,4 42,4 0,0 0,0 7	900, 5	103,209,44,6 8,1 22,7 9 2	1178 ,8	356, 7	1535, 4					

**Tabell 5.32: Fylkesvise utgifter til pasienter med kreft. 1000 kr 1998. Beste estimat tilskrivbar sannsynlighet.**

Kreft	140–149		150		157		161		162		188		189		SU M	SU M	
	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Man n	Kvin ne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Man n	Kvin ne	TOTS UM
NORG E	378 3,6	271 0,7	327 8,7	173 5,8	132 0,9	222 9,2	346 4,8	610 2	3704 8,0	1541 4,7	157 86,1	622 4,9	129 2,8	114 4,9	6597 4,9	3007 0,4	96045 ,3

**Tabell 5.33: Fylkesvise utgifter til pasienter med hjerte-kar sykdommer. 1000 kr 1998. Beste estimat tilskrivbar sannsynlighet.**

	401-404	410-414	390-429	430-38	440	441	442-448	SU M	SU M	TOTS UM							
	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvin ne	Man n	Kvin ne	Man n	Kvin ne	
Øst- fold	88,2 1	124, 8,1	499 4,3	424 8,8	259 6,2	381 2	531, 6	628, 7,4	218 5,2	283 3,3	133 7	450, 7	658, 7	560, 7	1239 5,7	1265 9,8	25055 ,5
Aker- shus	70,0 9	128, 1,8	450 7,9	365 4,5	339 6,9	599 8	761, 3	173 1,1	202 0,2	203 4,7	507, 0	748, 0	550, 7	1308 0,0	1102 2,9	24102 ,9	
Oslo	189, 0	300, 0	522 2,3	545 5,4	374 4,2	642 9,5	883, 2	138 5,7	260 8,1	499 7,2	278 7,3	827, 2	775, 5	1567 ,6	1620 9,5	2096 2,6	37172 ,1
Hed- mark	47,1 2	100, 2,6	312 8,0	224 7,5	201 4,6	218 4	412, 0	532, 4,2	140 8,8	105 4,9	152 5	371, 9	707, 0	234 ,6	9236 ,2	6729 ,8	15965
Opp- land	12,2 7,0	80,3 1,2	254 2,5	243 7,5	145 7	212 7	362, 3,4	443, 3,3	247 5,0	253 1	102 2	321, 5	409, 5	533, ,9	8281 ,6	8470 ,5	16752
Busk- erud	71,8 2	105, 2,2	331 4,5	261 9,1	226 6,7	261 2	454, 2	464, 0,1	143 0,4	207 5,7	104 0	301, 0	417, 1	491, 6	9000 ,2	8663 ,7	17663 ,9
Vest- fold	80,1 3	114, 2,5	331 5,5	221 8,8	214 6,5	225 1	366, 7	428, 8,5	181 6,8	164 4,5	158 7	556, 2	176, 6	166, ,6	9486 ,2	7385 ,8	16871
Tele mark	53,2 6	121, 7,5	301 0,1	259 5,5	219 4,5	258 3	335, 9	401, 777,	777, 9	878, 0	896, 0	256, 6	139, 3	333, 8	7414 ,8	7166 ,5	14581 ,3
Aust- Agde r	20,2 8,8	8,8 6,3	150 5	112 9,5	640, 7	127 7	286, 4,8	259, 9	110 4	994, 9	322, 4	344, 9	173, 7	245, 6	4057 ,1	4259 ,7	8316, 7
Vest- Agde r	24,4 7,3	85,3 1,8	193 3,2	152 9,1	147 8	160 6	295, 6	342, 6	643, 5	654, 2	373, 4	230, 5	188, 3	334, ,9	4935 ,9	4777 ,9	9713, 9
Roga- land	72,2 8,3	77,3 6,2	351 3,2	343 2,9	269 9	376 3	494, 8,2	548, 3,9	255 0,7	218 5	142 3	521, 3	307, 2	392, 4,7	1106 2,5	1092 ,2	21987
Hord aland	82,5 0	238, 9,7	515 3,5	476 3,5	396 6,6	499 3	756, 3,2	103 5	979, 5,3	110 2,3	165 3	259, 2	902, ,6	1123 6,0	1349 9,5	1351 ,6	27015
Sogn og Fjor- dane	60,2 7	127, 0,9	204 8,5	151 4,7	103 1,5	118 1	221, 7	263, 8	576, 3	318, 9	393, 5	159, 9	491, 8	580, ,5	4819 ,9	4149 ,4	8969, 4
Møre og Roms dal	68,9 6,2	88,7 5,9	366 9,7	274 4,8	234 7	305 6	480, 0,5	620, 4,5	175 9,1	186 5	103 1	331, ,2	508, ,2	1167 ,2	9863 ,1	9873 ,4	19736

**Tabell 5.33: Fylkesvise utgifter til pasienter med hjerte-kar sykdommer. 1000 kr 1998. Beste estimat tilskrivbar sannsynlighet.**

	401-404		410-414		390-429		430-38		440		441		442-448		SU M	SU M	TOTS UM
	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Ma nn	Kvi nne	Man n	Kvin ne	Man n	Kvin ne	
Sør-Trøndelag	39,7	152,0	401	263	232	271	602,6	96,4	100	171	144	531,2	528,0	381,9	9969,5	8828,5	18798,0
Nord-Trøndelag	56,6	30,7	199	159	131	214	292,1	363,6	903,5	123	436,9	72,2	516,6	248,9	5509,0	5694,4	11203,4
Nordland	37,1	146,5	452	384	254	325	469,1	605,0	116	142	180	500,8	523,4	794,2	1106,7	1056,9	21637,1
Troms	5,2	30,9	207	159	109	103	196,6	275,0	381,3	440,1	652,9	183,8	211,4	575,3	4612,2	4134,1	8746,3
Finnmark	22,5	104,4	102	799	696	835	86,2	127,2	207,6	114,1	164,8	119,8	456,3	257,3	2654,5	2357,2	5011,8
NORGE	110	216	615	511	400	513	814	102	257	301	219	690	8839	1053	1673	1623	32969
	6	5	78	26	03	18	6	03	25	01	37	8	,1	9,7	37	62	9

**Tabell 5.34: Fylkesvise utgifter til pasienter med lungesykdommer. 1000 kr 1998. Beste estimat tilskrivbar sannsynlighet.**

	480-87		491-92		493		496		SUM	SUM	TOTSU M
Best	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	
Østfold	3682,0	3614,9	1261,7	1007,8	176,8	359,8	700,1	509,4	5820,7	5491,9	11312,6
Akershus	3038,7	3221,2	1059,3	842,6	114,6	315,2	1347,4	870,9	5559,9	5250,0	10809,8
Oslo	5159,9	6536,9	626,0	1074,0	439,8	535,5	1651,3	2042,2	7877,0	10188,7	18065,6
Hedmark	2301,6	2112,2	1388,6	547,1	153,8	213,7	777,4	474,8	4621,4	3347,9	7969,2
Oppland	2158,7	1587,9	553,7	433,4	112,2	287,8	468,3	295,8	3293,0	2604,9	5897,9
Buskerud	2174,0	1862,4	409,3	297,1	73,0	189,9	863,8	396,2	3520,1	2745,6	6265,7
Vestfold	2189,2	1638,8	409,3	264,8	101,5	221,4	732,5	659,8	3432,5	2784,8	6217,3
Telemark	2288,3	1481,5	409,3	288,9	197,6	80,7	604,5	575,1	3499,6	2426,2	5925,8
Aust-Agder	860,7	762,1	24,1	61,2	13,1	52,3	654,1	573,4	1552,0	1449,0	3001,0
Vest-Agder	1659,4	1365,5	266,9	342,4	13,1	206,0	739,4	484,7	2678,8	2398,6	5077,4
Rogaland	3427,2	2994,4	2420,6	1269,5	174,5	521,3	650,6	353,3	6672,9	5138,4	11811,3

**Tabell 5.34: Fylkesvise utgifter til pasienter med lungesykdommer. 1000 kr 1998. Beste estimat tilskrivbar sannsynlighet.**

	480-87		491-92		493		496		SUM	SUM	TOTSU
											M
Best	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	
Hordaland	6411,9	6214,8	357,8	313,0	255,3	555,1	1621,7	1500,0	8646,7	8582,9	17229,6
Sogn og Fjordane	1674,9	1336,6	288,9	96,3	127,6	182,2	304,0	49,3	2395,4	1664,5	4059,8
Møre og Romsdal	3543,1	3010,7	763,5	192,6	176,8	436,2	691,4	529,1	5174,8	4168,7	9343,5
Sør-Trøndelag	3095,7	2759,1	1874,5	2142,7	54,6	65,3	131,5	82,2	5156,3	5049,3	10205,5
Nord-Trøndelag	1513,7	1022,0	2036,2	863,4	46,9	13,1	57,5	41,1	3654,3	1939,5	5593,8
Nordland	2944,3	2410,9	676,1	422,3	169,2	293,7	980,6	449,5	4770,2	3576,5	8346,7
Troms	886,0	838,0	24,1	24,1	60,0	268,3	427,2	271,1	1397,2	1401,5	2798,7
Finnmark	496,5	537,2	58,7	86,1	20,8	213,0	182,0	205,4	757,9	1041,7	1799,7
NORG E	49610,7	45345,9	14908,5	10569,3	2481,1	5050,0	13585,2	10363,2	80585,5	71328,4	151913,9

## Vedlegg 6

### Meningsinnhold og effekter av tobakksreklame

Av dr. polit Karl Erik Lund, Avdeling for samfunnsmedisin Statens institutt for Folkehelse

#### 1 Innledning

---

I flere erstatningssøksmål mot tobakksindustrien i USA og i en rettssak som industrien anla mot kanadiske myndigheter for å stoppe loven som la restriksjoner på markedsføring, har effekter og meningsinnhold av reklame stått sentralt.<sup>1119</sup> Det har vært av interesse å få kunnskap om hvilket budskap industrien har forsøkt å kommunisere om sine produkter til sitt publikum, og hvilke virkninger dette kan ha hatt for etterspørsel og nyrekruttering av røykere. Internasjonalt er det utført flere analyser av meningsinnholdet i tobakksreklamen, og hvordan forbrukerne responderer når de blir eksponert. Med ulike måleteknikker har forskere også forsøkt å estimere effekter på etterspørselen etter tobakk. Dette vedlegget vil referere denne litteraturen (punkt 3). Derneft er siktemålet å presentere resultater fra en innholdsanalyse av ca 2 000 annonser for tobakk publisert i Hjemmet og Norsk Ukeblad i perioden fra 1955 til reklameforbudet kom i 1975 (punkt 2). Til slutt skal vi kort kommentere endringer i norske røykevaner i lys av industriens reklameaktivitet (punkt 4), samt vise noen eksempler på norsk tobakksreklame trykket i perioden 1955–1975.

#### 2 Meningsinnhold i norsk tobakksreklame 1955–75

---

##### 2.1 Innledning

Lenge før forskningen begynte å vise indikasjoner på at røyking førte til lungekreft og andre sykdommer, publiserte tobakksindustrien i Norge annonser som foreslo at enkelte merker var forbundet med mindre helsefare og var mindre irriterende. På et kort lagt inn i esken til en av de første norskproduserte filtersigaretter – Mon Ami fra H. Petterøe tobakkefabrik – i 1936, het det eksempelvis:

«Skån hjertet. Røk med filter. Inngående laboratorieforsøk har vist at det spesialfilter som brukes i Mon Ami opsuger ca. 70–80 % nikotin, 70 % pyridin, 55 % ammoniakk og 40 % tobakktjære. Mon Ami – cigaretten med filter – er derfor meget nikotinsvak og næsten fri for de andre for organismen skadelige og irriterende stoffer. Mon Ami for den forvente tunge, beskytter hjerte, hals og lunge.»

Allerede i 1910 ble sigaretten Splendo lansert med slagordet : *garantert fri for enhver skadelig tilsetning*. I reklame for Blue Master (lansert i 1937) fra J.L. Tiedemanns Tobakkefabrik og Craven A (lansert i 1929) fra Fredrik Jebe het det eksempelvis: *irriterer ikke halsen*. Cromwell (lansert 1920, opphørte 1954)

1119.Pollay RW, 1995

fra W. Hartog & co skulle tilsynelatende ha den samme egenskapen: *lett og forfriskende uten å genere hals og tunge*. I en reklamefilm fra W. Hartog & co fra 1920 går det dessuten fram at man blir kvitt influensaen ved å røyke Cromwell. I reklame for sigarettene Dollar (Conrad Langaard A/S) og Frisco (Conrad Langaard A/S) kunne atleter fortelle at forbruk av disse merkene økte de sportslige prestasjoner på henholdsvis sykkel, ski og i turning.



Figur 6.1 South State cigarettes – det tennes ikke maken. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1955. Kun pakning i annonsen – ingen mennesker.

Som et ledd i utredningen til Sosial- og helsedepartementet ønsket fagrådet i Statens tobakksskaderåd å foreta en analyse av meningsinnholdet i reklame publisert i norske ukeblad i perioden 1955–75. Problemstillingen var å gi en framstilling av reklamens omfang, målgruppe, tekst- og bildeinnhold.<sup>1120</sup>

## 2.2 Metode

Alle annonser publisert i familiebladene Hjemmet og Norsk Ukeblad i perioden 1955–75 ble valgt ut som forskningsområde. Disse bladene hadde et stort opplag (over 300 000 i 1970-årene), og dermed en bred lesekrets – riktignok med en over-representasjon av kvinner.<sup>1121</sup> Alle annonser ble fotografert med digitalt kamera og bildene ble koblet til en database. I denne basen ble det registrert tidspunkt for utgivelse, areal på annonsen, tobakksmerke og -type, kjønn og omtrentlig alder på personer i annonsen og om disse personene var plassert i røykesituasjoner. Koderne ble også instruert til å bruke sitt skjønn for å angi sitt umiddelbare inntrykk av målgruppe for annonsen (kjønn og alder). To kvinnelige studenter (27 og 34 år) – som begge røykte – utførte registreringen i perioden november 1999 – februar 2000. Registreringen ble utført i velvillig samarbeid med G. Mortensens forlag.



Figur 6.2 Hvis vi to møtes og Du byr meg en sigarett vil jeg helst ha en Ascot. J.L. Tiedemanns tobaks-

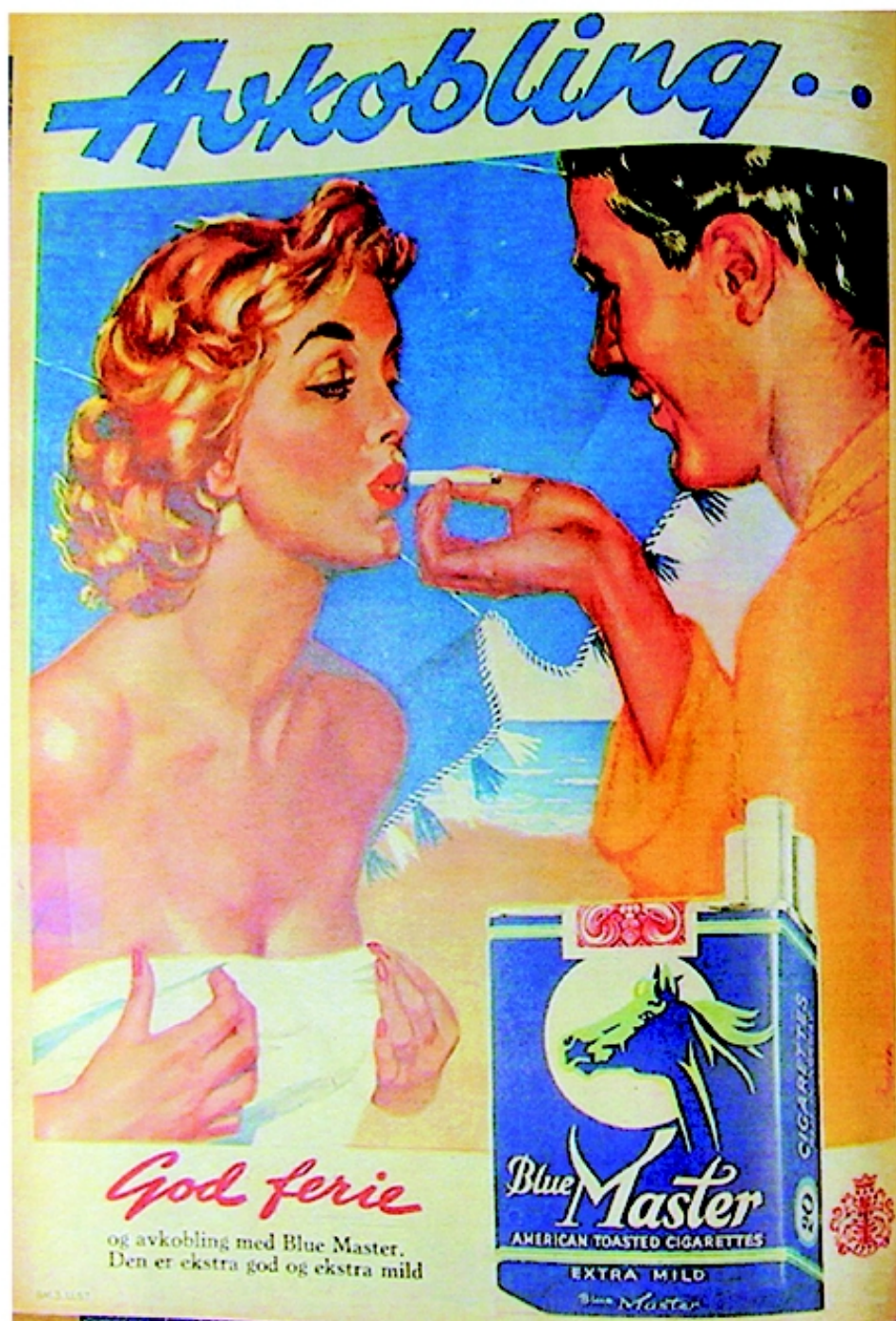
1120.Arbeidet er delfinansiert av Den Norske Kreftforening. Kodingen er utført av sosiolog Beate Tolun og student Kristine Schilling-Nielsen. Teknisk assistanse fra førstekonsulent Rita Lindbak, Statens tobakksskaderåd og informasjonsrådgiver Bjørn Stuedal, Monsen & Co. Ansvarlig for arbeidet har vært dr. polit. Karl Erik Lund ved avdeling for samfunnsmedisin ved Statens institutt for Folkehelse.

1121.Det er ønskelig å kunne supplere undersøkelsen med resultater fra lignende analyser på annonser trykket i typiske ungdomsblader og i magasiner rettet mot menn.

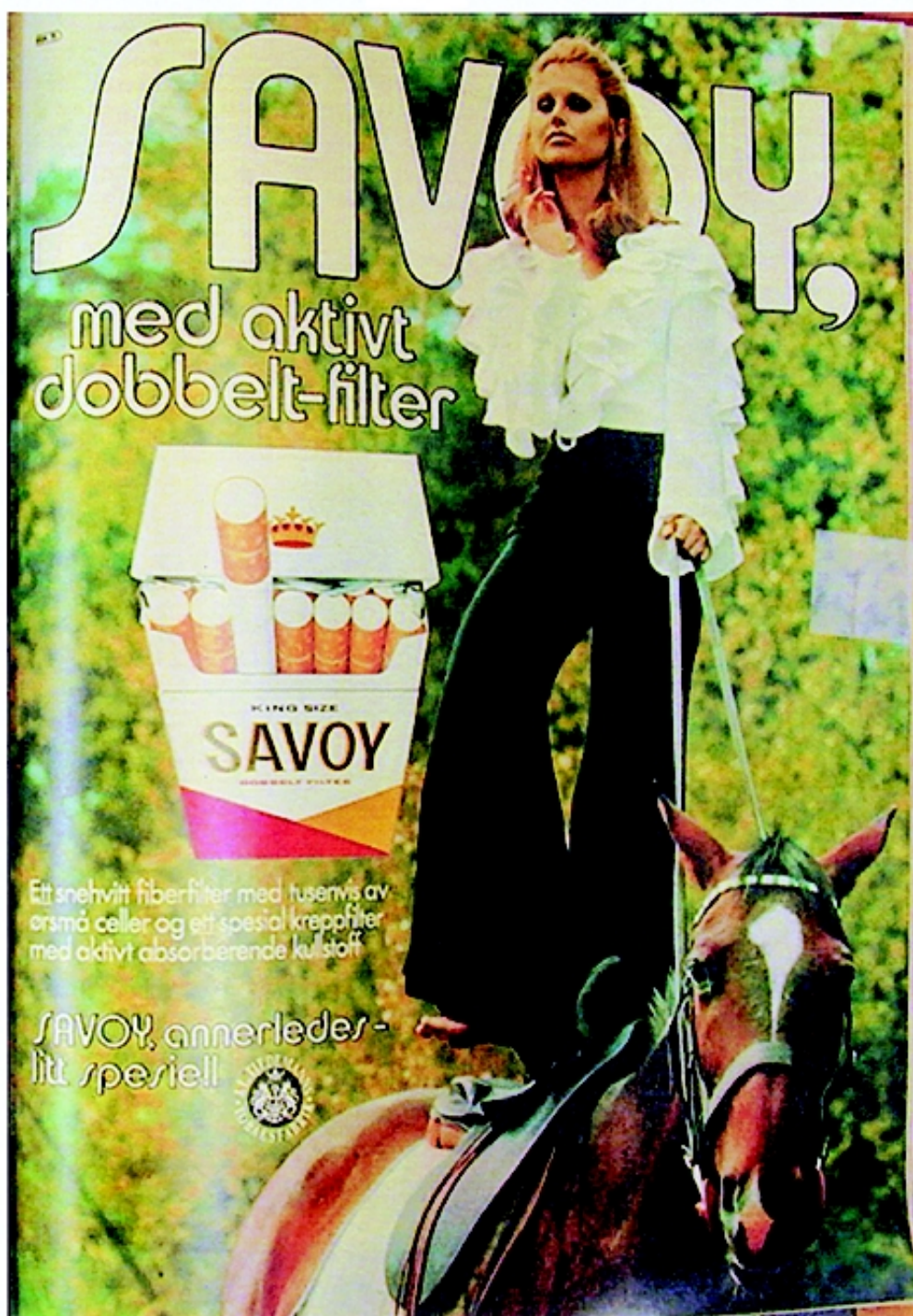


*fabrik, 1957. Kvinner blir sjelden sett røykende i tidlige annonser.*

Koderne ble bedt om å registrere ord industrien hadde brukt i annonsetekstene for å beskrive egenskaper ved sine produkter. I alt 38 ulike ord ble registrert brukt i flere enn to ulike annonser. Etter registreringen ble koderne, uavhengig av hverandre, instruert til å lage seks ordgrupper ved å slå sammen ord der betydningen var overlappende. Grupperingen mellom de to koderne korrelerte i 82 % av tilfellene. Der det var uenighet ble en tredjemann konsultert og grupperingen avgjort ved flertallsstemme. De seks ordgruppene går fram av tabell 6.2.



Figur 6.3 Avkobling. Blue Master, J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1957. Kvinnens røyking er prisgitt en gest fra en mann.



Figur 6.4 Savoy med aktivt dobbelt filter. J.L. Tiedemanns tobaksfabrik, 1973. Annonnene bringer bilder av kvinner som selv røyker.





Figur 6.5 Avkobling med Blue Master. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1956. Tidlig kvinnerøyking var forbeholdt de eksentriske.

Nesten samme framgangsmåte ble brukt for å identifisere meningsinnholdet i annonsene. Her skulle koderne bruke inntil tre betegnelser fra en på forhånd oppgitt liste av 28. Denne ordlisten ble satt sammen av forfatteren

etter å ha sett resultater fra lignende studier utført i USA <sup>1122</sup> og Australia <sup>1123</sup>. En pretest av 100 annonser viste at denne ordlisten ikke var tilstrekkelig dekkende for å beskrive meningsinnhold i norsk reklame, og koderne ble bedt om å supplere med egen kategorisering. Dette førte til to ekstra betegnelser for meningsinnhold. Etter pretest ble koderne, uavhengig av hverandre, igjen instruert til å redusere antall grupper til åtte ved å slå sammen betegnelser de mente hadde overlappende betydning. De to forslagene til sammenslåing viste 87 % overensstemmelse. Etter sammenslåingen til dimensjoner, viste pretesten at koderne hadde plassert 81 % av annonsene i samme kategori. Det var noe større uenighet for reklame trykket tidlig i perioden, men korrelasjonen var godt over 70 %-grensen som vanligvis brukes som kriterium for akseptabel validitet i konnotasjonsanalyse. <sup>1124</sup> Gruppen av betegnelser og de underliggende ordene går fram av tabell 6.3. Mens *denotasjonen* er den snevre og umiddelbare grunnbetydningen i et tegn eller tekst, er *konnotasjonen* tolkningen av de tilleggsbetydninger og assosiasjoner et tegn eller tekst har.

Data ble statistisk bearbeidet med verktøyet SPSS. Resultatene ble slått sammen for to perioder; 1955–64 og 1965–75. Året 1964 ble satt som verdi for gruppering fordi dette året representerte periodens midtverdi, og fordi to autoritative rapporter om røyking og helse da ble utgitt fra den amerikanske og norske helsedirektør. En analyse av eventuelle endringer i tobakksindustriens reklamevirksomhet i lys av disse utgivelsene ble betraktet som en forskningsmessig interessant tilnærming.

## 2.3 Resultater

### 6.2.3.1 Omfang og plassering

I perioden 1955–1975 ble det trykket 1 945 reklamer for i alt 70 tobakksprodukter i Hjemmet (823 annonser) og Norsk Ukeblad (1 122 annonser). Antall annonser per år varierte mellom 17 og 70 i perioden 1955–66, deretter økte frekvensen kraftig til toppåret 1973 hvor 302 annonser ble trykket. 96 % av annonsene ble trykket i farger og 74 % er plassert på tekstsider – altså sider som ikke kun har annonser. 2 % av annonsene (30 stk) forekommer på førsteside, mens 15 % er plassert på sisteside (286 stk). Fordelingen mellom høyre (38 %) og venstre (45 %) oppslagsside inne i bladet er noenlunde jevn.

På grunnlag av opplysninger om annonsenes antall, bredde og høyde, har vi regnet ut årlig areal med tobakksreklame som ble trykket i de to bladene (figur 6.6). Minst reklame ble det trykket i 1964 med 65 dm<sup>2</sup>. Deretter steg omfanget dramatisk til toppåret 1973 da tobakksreklamen la beslag på 2 033 dm<sup>2</sup>. Den dramatiske reduksjonen i 1975 kommer av at reklameforbudet ble innført 1. juli og at det derfor kun ble reklamert i 6 måneder. Nedgangen i annonsering i 1974 fortsatte imidlertid i første halvår 1975, noe som tyder på at industrien trappet ned sin reklameaktivitet i tiden fram mot forbudet. Reklameforbudet ble vedtatt av Stortinget og sanksjonert av kongen ved lov av 9. mars 1973 (jf punkt 5.7.2.7).

1122.Pollay 1991, Warner 1985, Ernster 1985, Fine 1974

1123.Chapman 1986

1124.Pollay 1991

Til tross for at tobakksfabrikantene i september 1964 hadde undertegnet en overenskomst om begrensning av reklame for sigaretter, sigarett-papir og røyketobakk, og utvidet denne til å gjelde alle tobakksvarer fra januar 1965<sup>1125</sup> – så viser denne undersøkelsen på at reklamens omfang økte etter 1965..

**Tabell 6.1: Prosent annonser for tobakk fordelt på produkt og antatt målgruppe etter kjønn og alder, prosent kvinner og menn i annonsene, prosent røykere i annonsene og antatt alder (gjennomsnitt) på aktørene i annonsene.**

		Periode		
		1955–64%	1965–75%	1955–1975%
Produkttype:	Pipetobakk	6	0,4	1
	Rulletobakk	26	26	26
	Sigaretter med filter	23	72	64
	Sigaretter uten filter	40	2	8
	Skrå/snus	0	0,1	0,1
	Sigarer/cigarillos	2	0	0,3
	Sigarettpapir	3	1	1
Antatt målgruppe – kjønn:				
	Eksplisitt kvinner	9	22	20
	Eksplisitt menn	26	11	14
	Begge kjønn	65	67	66
Antatt målgruppe – alder:				
	Under 20 år	1	1	1
	20–30 år	21	24	23
	30–45 år	17	20	19
	45 år +	2	1	1
	Alle aldre	58	53	54
Kvinner i annonsen?				
	Ja	33	62	57
Røyker kvinner i annonsen?				
	Ja	26	51	47
Menn i annonsen?				
	Ja	41	53	51
Røyker menn i annonsen?				
	Ja	36	39	39
Antatt alder på personer i annonsen (gjennomsnitt)				
	Kvinner	27 år	30 år	30 år
	Menn	35 år	34 år	34 år
		(N = 321)	(N = 1624)	(N = 1944)

**6.2.3.2 Produkt**

Tabell 6.1 viser at hele 40 % av annonsene i 1955–64 omhandlet sigaretter uten filter, mens dette produktet kun fikk 2 % av reklamen i 1965–75. Annonsering for sigaretter med filter øker fra 23 % i første periode til hele 72 % i andre periode. Reklame for rulletobakk hadde samme omfang (26 %) i begge perioder, mens reklame for pipetobakk gikk ned fra 6 % til 0,4 %.

De mest markedsførte merkene i 1955–65 var South State (18 %), Plaza (11 %), Rulett rulletobakk (10 %), Gul Mix rulletobakk (8 %), Blue Master (7 %) og Ascot (6 %). Disse seks merkene – alle fra J.L. Tiedemanns tobakksfabrik – fikk til sammen 60 % av annonseringen. De øvrige 40 % av annonsene ble spredt på 32 tobakksprodukter. I perioden 1965–75 ble det reklamert mest for Pall Mall (15 %), Petterøes rulletobakk (10 %), Savoy (9 %), South State (7 %), Prince (7 %) og Rothmans (6 %). Pall Mall ble laget på lisens fra Brown & Williamson hos J.L. Tidemanns Tobakksfabrik, Rothmans ble importert av Gunnar Stenberg A/S – de øvrige ble alle laget på J.L. Tiedemanns Tobakksfabrik. Til sammen 54 % av annonsene kom disse seks merkene til del. 67 andre tobakksprodukter fordelte dermed de resterende 46 % av annonsene mellom seg i denne perioden.

**Tabell 6.2: Forekomst av uttrykk for egenskaper ved produktene. Prosent.**

	Periode		
	1955–64	1965–75	1955–75
Mild, irriterer ikke	33	35	35
Behagelig, avkjølende	10	19	18
Ren, naturlig, frisk	16	27	26
Vitenskap, teknikk, fil- teregenskaper	17	7	8
God smak, fyldig, aro- matisk, raffinert	17	11	11
Rimelig	8	2	3
SUM	101	101	101
	(N = 224)	(N = 1 237)	(N = 1 461)

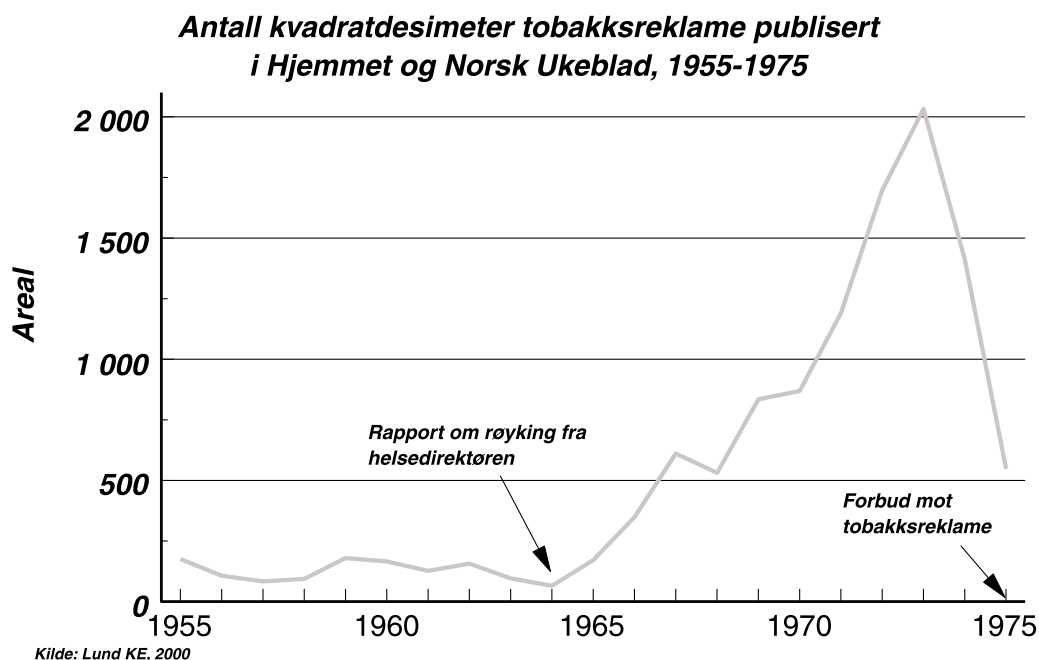
**6.2.3.3 Antatt målgruppe**

I den tidligste perioden fant koderne at bare 9 % av reklamen eksplisitt var rettet mot kvinner, mens dette hadde økt til 22 % i perioden etter 1965. Andel av annonsene som kun var rettet mot menn ble derimot redusert fra 26 % i første periode til 11 % i siste. Vanligst var det at reklamen er rettet mot *'begge kjønn'* og mot *'alle aldersgrupper'*. En marginal gruppe annonser har ungdom under 20 år (12 stk) og personer over 45 år (21 stk) som eksplisitt målgruppe. Personer mellom 20 og 30 år er oftest adressat for annonsene.

Mens tidlig reklame ofte brakte et bilde eller tegning kun av produktet (fig. 6.1), inneholder nyere reklame oftere bilder av mennesker. Andel mannspersoner plassert inn i annonser for tobakk steg med drøyt 10 prosentpoeng fra første til siste periode, mens kvinnerepresentasjonen nesten ble for-

doblet fra 33 % til 62 %. I perioden 1965–75 var kvinner oftere enn menn med i reklamen. I perioden 1955–64 var forholdet omvendt. Også andel kvinner som er avbildet i røykesituasjoner ble fordoblet fra 26 % til 51 % (fig. 6.3 og 6.4). Flere kvinner enn menn (39 %) ble dermed sett røykende i reklamen fra 1965 av. I 1964 var kun 4 kvinner plassert i en røykesituasjon. Dette var økt til 189 kvinner i 1972. Som nevnt i punkt 5.7.2.6, var røyking blant kvinner tidlig i det 20 århundre en normovertredende atferd som signaliserte promiskuitet og umoral. Industrien krenket ikke den allmenne bluferdighet ved å trekke kvinner inn i annonsene. Etter hvert begynte imidlertid kvinner å pryde reklamen, men til å begynne med ble de sjelden sett med sigaretter i munnen (fig. 6.2). Hvis de likevel røykte, kjøpte de ikke sigarettene selv. Deres kontakt med tobakk var i tilfelle priggitt en gest fra en mann som bød på sigaretter (fig. 6.2 og 6.3).

Antatt gjennomsnittsalder for kvinner i annonsene økte noe fra første til siste periode, mens den var stabil for menn. Dette kan ha sammenheng med at alderssammensetningen i den røykende kvinnebefolkningen har blitt kronologisk eldre. Kvinner startet å røyke på et seinere historisk tidspunkt enn menn. Røyking var derfor mest utbredt blant unge kvinner i perioden 1955–65 (jf punkt. 5.4.3 i utredningen). Av denne grunn har kanskje tobakksreklamen henvendt seg til et yngre publikum i 1955 enn i 1975.



Figur 6.6

#### 6.2.3.4 Skrevne uttrykk for egenskaper ved produktene

Tabell 6.2 viser at annonser som inneholdt opplysninger om faktiske egenskaper ved produktene ble redusert fra første til siste periode. Konkret gjelder dette annonser som redegjør for pris, pakning (*flip top*), papir (*porøst*), snitt



(*fint*), beskrivelser av smak (*elegant, eksotisk, rund, smidig*), tekniske spesifikasjoner ved filter (*kullfilter, micronitefilter*), 'draget' i sigarettene (*lett*), redegjørelser for elementer i gjærings-, lagrings- og produksjonsprosess, samt opplysninger om land tobakken er importert fra. Dette er produktinformasjon som mest sannsynlig har røykere som målgruppe (fig. 6.7). Etter 1964 ble opplysninger av denne type i stor grad erstattet av annonser som understreker det 'rene', 'naturlige', 'lyse', 'lette', 'milde', 'svale' og 'forfriskende' i produktene (fig. 6.8 og 6.9), samt av annonser som opplyser leseren om at forbruket resulterer i positive følelser som 'velbehag', 'avkjøling' og 'avslapning' (fig. 6.10). Disse annonsene hadde sannsynligvis en målgruppe utover dem som allerede røykte. Ordet 'mild' er det uttrykk som hyppigst er brukt i annonsene i begge perioder (fig. 6.11). Tekster med 'ren' og 'naturlig' er ofte plassert inn i annonser med naturlandskap som et referansesystem (fig. 6.8 og 6.9). Dette landskapet konnoterer noe harmonisk og idyllisk, og er egnet til å gi sigarettene status som et naturprodukt.

**Tabell 6.3: Dekoding av budskap i annonsene.**

Dimensjon	Konnotasjonskode	Periode		
		1955–64	1965–75	1955–75
Premiering	Belønning, avslapning	16	8	9
Sosial situasjon	Sosialt samvær, kos, kameratskap, romanse	19	25	25
Maskuline verdier	Stolt, dristig, tøff, frisk, maskulin, jakt, eventyr, sport, ungdommelig	28	15	16
Kulturell habitus	Sofistikert, distingvert, eksentrisk, sosial status	4	8	8
Tradisjonell kvinnelighet	Femininitet, seksualitet	9	10	10
Triumf	Beundring, lykke, suksess, rikdom	9	11	11
Kvinnefrigjøring	Emansipasjon, selvstendighet, moderne, frihet	10	21	20
Humor	Humor	6	1	1
SUM		101	99	100
		(N = 321)	(N = 1 624)	(N = 1 945)

Det er nærliggende å tolke forskyvningen fra produktinformasjon til forsikringene om 'rene' og 'naturlige' produkter som en motreaksjon til den plutselig økte oppmerksomhet om røykingens helseskader, som utgivelsen av rapporten fra den amerikanske helsedirektør førte med seg i 1964 (jf punkt. 4.2 og 5.7.2.3 i utredningen). Meningsinnholdet i de uttrykkene som brukes om tobakk og konsekvenser av røyking i annonsene etter 1964, står i skarp kontrast til innholdet i rapporten fra den amerikanske helsedirektør, og det som formidles i artikkelen fra helsedirektør Karl Evang<sup>1126</sup> samme år (jf kap

1126.Evang K, 1964

5.). Mens industrien opplyser om 'rene' og 'naturlige' produkter, og velger å ta i bruk positivt ladete ord som 'frisk' og 'mild', informerer helsesiden om irriteranter, karcinogener og kjemiske tilsetningsstoffer i produktene. Mens reklamen understreker at forbruket av produktene fører med seg 'velbehag', 'nyttelse', lindring' og 'nedsatt stress', sier man fra helsehold at konsekvensene isteden er økt risiko for kreft, sykdommer i hjerte/kar-systemet, komplikasjoner i svangerskap osv. Befolkningen ble dermed stillet i en situasjon med motstridende budskap fra to ulike hold (krysspress). Et illustrerende eksempel er en reklame for sigaretten Vogue i 1972 hvor sigaretten erklæres som *'et kjærtegn på leppene'*. Åtte år tidligere hadde imidlertid den amerikanske helsedirektør slått fast at røyking tydet på økt risiko for kreft i leppe og munnhule.

Alternativt kunne man forvente et scenario der industrien isteden aksepterte forskernes resultater, med det til følge at de unngikk reklametekster som kunne tolkes som opposisjon til budskapet fra helsehold. De kunne for eksempel ha fortsatt å opplyse om pris og tekniske spesifikasjoner ved sine produkter uten å komme i konflikt med helseopplysningen. Undersøkelsen kan imidlertid tyde på at det var det motsatte som skjedde. Dette kan bety at også norsk tobakksindustri foretok et bevisst strategivalg for å demme opp for og delvis uthule påstander fra medisinsk side. Tidligere hemmelige interne dokumenter har vist at amerikansk tobakksindustri meget systematisk konspirerte for å diskreditere resultatene fra og forskerne bak de epidemiologiske undersøkelsene helseopplysningen bygget på. Deres taktikk var å holde i gang en kunstig skapt kontrovers om røykingens helseeffekt som ville forsinke forebyggende tiltak og gi røykerne positiv informasjon om sigarettene.

# Fire typer å velge mellom



The image shows four packs of South State cigarettes arranged on a green surface. The packs are: 1. South State King Size Plain (red and white), 2. South State Extra Mild (white and red), 3. South State Filter (red and white), and 4. South State Regular Size (red and white). Each pack features the South State logo and the number 20.

**SOUTH STATE FILTER**  
Den typiske South State-smaken i filterutgave — king size. En smalfull filtercigarette.

**SOUTH STATE KING SIZE PLAIN**  
King size sigarett (84 mm) med den velkjente South State-smaken. For alle som ønsker en lang sigarett uten filter.

**SOUTH STATE EXTRA MILD**  
En ekstra mild filtercigarette — king size. Utvalgte milde tobakker, et lengre filter enn vanlig og et meget porøst sigarettpapir.

**SOUTH STATE REGULAR SIZE**  
Landets ledende merke i sin klasse — et naturlig valg for alle som foretrekker en kortere sigarett uten filter.

## Overtil South State

Figur 6.7 Fire typer å velge mellom. South State. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1974. Annonsen inneholder kun produktinformasjon og gir ingen assosiasjoner i tillegg.





Figur 6.8 Cool, clean Consulate – frisk som en fjellbekk. Gunnar Stenberg A/S, 1968. Produsert av Rothmans Ltd. Motiv fra naturen som gir assosiasjoner til renhet.



Figur 6.9 Salem er mentholert med naturlig dyrket menthol for mild behagelig smak. Conrad Langgaard tobakksfabrik, 1974. Produsert av R.J. Reynolds Tobacco Company. Solgt av Gunnar Stenberg A/S fra 1986. Frihet, friskhet, naturlighet, ungdommelig og romantisk.

Reklame som vektlegger det 'rene' og 'naturlige' i produktene, er kanskje egnet til å forsyne røykerne med forestillinger som setter dem i stand til å fortsette å røyke med god samvittighet. Mens helseinformasjonen forstyrrer samsvaret mellom kunnskap og fortsatt røyking, vil reklame som konnoterer *'et naturlig produkt'* kanskje ødelegge den kognitive dissonans som kunne ha skapt et bevegelsesgrunnlag for røykeslutt. På samme måte virker også reklame som opplyser om *'dobbel filter som gir ekstra mildhet'* (Pall Mall 1973 ), *'sigaretten som slipper luften inn mens De trekker inn'* (Hilton 1970), *'et snehvit fiberfilter med tusenvis av ørsmå celler og ett spesial kreppfilter med aktivt absorberende kullstoff'* (Savoy 1972), *'høyeffektivt multifilter frambragt av forskning'* (Philip Morris 1970). Det er tydelig at disse sigarettene blir markedsført som et sikrere alternativ i forhold til sigaretter uten filter, og som et alternativ for røykere som overveier å slutte. Klarest går dette fram av reklame for Savoy i 1965–67; *'et alternativ – aktivt dobbelt filter som gir renere røkeglede'* (fig. 6.12).

#### 6.2.3.5 Hva konnoterer tobakksreklamen?

Reklameforskere hevder at reklame prøver å styre folks kunnskaper, erfaringer, følelser, behov, interesser og holdninger med en målsetning om å få folk til å handle. Reklamen skal gi folk en tolkningsramme de kan plassere seg i og oppleve at «her hører vi hjemme». Produktene skal gis en kulturell og sosial funksjon.<sup>1127</sup> I annonsene vil motiv, kontekst, sosial aktivitet og egenskaper ved personer som kjønn, alder og påkledning gi leseren en referanseramme for tolkning av meningsinnhold. Tabell 6.3 viser at annonsene særlig formidlet typiske maskuline verdier i perioden 1955–64 (fig. 6.13). Andelen av slike annonser ble imidlertid sterk redusert i perioden 1965–75. Det samme er reklamebilder som formidler humor, belønning og avslapning. Det er sosiale situasjoner preget av kos, kameratskap og romantikk som oftest preger reklamen i siste periode (fig. 6.14). Reklamen selger en livsstil. I hver fjerde annonse foregår røykingen i hyggelig sosialt samvær. Dette går tydelig fram av en serie bilder for Pall Mall i 1970–71 med ordene *'En stemning, et sted, en stil'* (fig. 6.15).

Av alle typer annonser er det de rettet mot den frigjorte kvinne som har størst vekst fra første til siste periode. Hver femte annonse etter 1964 er konnotert med et budskap om at kvinner oppnår selvstendighet og frihet ved å røyke ett spesielt merke.

Kontrasten til kjønnsrollemønsteret i 1950-årenes markedsføring er stor. Muligens satte etterkrigstidens samarbeidsånd også sitt preg på sigarettreklamen i 1950-årene. Reklame fra denne tiden framhevet sigarett røyking som en felles glede og nytelse for kvinne og mann (fig. 6.17 ). *'Vi røyker Ascot begge to – vår felles behagelige 'toasted' sigarett'. 'De nyter den sammen' (om Gul Mix). 'De er enige om så mangt – også om hvordan en god sigarett skal smake. Derfor foretrekker begge Gul Mix'.*

I slutten av 1960-årene forekommer det oftere at reklamen direkte og utelukkende henvendte seg til kvinner (fig. 6.5, 6.19 og 6.20). Hva slags bilde industrien forsøkte å skape av den kvinnelige sigarett røyker går tydelig fram av disse reklametekstene fra 1968:

1127.von der Lippe 1995; 31



«Vivi er flyvertinne og snakker flere språk flytende. Er hjemme i London, Paris, Rom, Geneve, Lissabon, Alger, Kairo og Kapstaden. Spiller golf hvor hun kommer. Men elsker skiturer, klassisk musikk og et bestemt sigarettmerke – Seven Seas.»

«Siri, frisørdame, fotomodell og amatørskuespillerinne. Hun reker alle «jobbene». Til og med å koble av innimellom. Ombord i seilbåten. Eller på turisthotellet, helst i Rondane. Hun røyker Seven Seas.»

«Berit er sekretær. Sporty jente. Alle tiders. Kjører slalåm som en gudinne. Skipper i egen BB 11! Tar gjerne vinterferien i Sveits og liker seg i den norske skjærgården om sommeren. Hennes idealsigarett: Seven Seas.» (fig. 6.16)

Vivi, Siri og Berit er alle pene, slanke og velkledte kvinner plassert i glamorøse, fartsfylte og spennende omgivelser. Den tidsriktige betoningen av kvinners *uavhengighet* ble sterkt understreket i tobakksreklamen etter 1964. I en annonse for rulletobakken Stjernesnitt K i 1967 sier en røykende kvinne: «*Det likte han ikke – nå klarer jeg meg uten ham. Uten å rulle mine sigaretter av hans tobakk! Endelig har jeg fått min egen – spesiallaget for meg. STJERNESNITT K («K» for kvinner). For en mild og ren tobakk. Smidig og lett å rulle. Herlig aroma. En kvinnes tobakk – min tobakk.*»

Etter å ha hatt suksess både i Danmark og Sverige, ble sigarettmerket Prince fra Skandinavisk Tobakskompagni (DK) introdusert på det norske tobakksmarkedet i 1967 med J.L. Tiedemanns tobaksfabrik som samarbeidspartner. I de fire første månedene i 1968 toppet Prince oppgavene fra Norsk Annonsestatistikk over tobakksannonsering.<sup>1128</sup> Kjendisieriet var på denne tiden økende i Norge, og markedsføringen av Prince var en av de virkelig store kjendiskampanjer. I Prince-kampanjen deltok bl.a. Julie Ege, Grynet Molvig, Laila Dalseth, Mette Janson, Inger Jacobsen (fig. 6.21), Kjersti Døvingen, Lollo Schanke, Kari Simonsen og Elisabeth Grannemann. Disse stod fram og bekjente: «*Ja, nå røyker også jeg Prince.*» Prince ble «kjendissigaretten» framfor noen, og ble røykt av begge kjønn. Blant menn var bl.a. med Rolv Wesenlund, Roald Øyen, Henki Kolstad, Per Theodor Haugen og Jan P. Jansen.

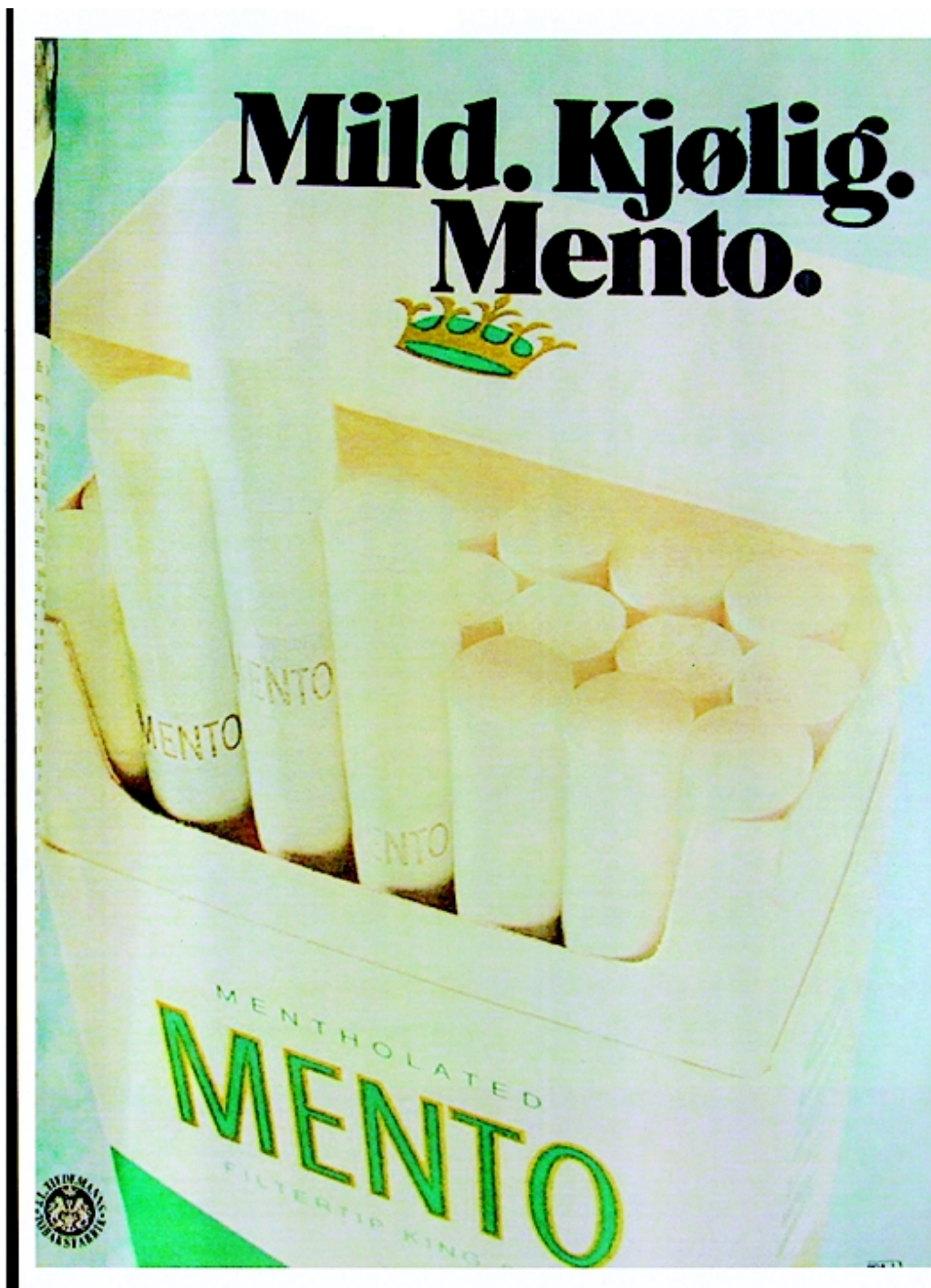
Gjentatte eksponeringer for høystatus rollemodeller som bruker sigaretter vil i følge Bandura (1977) fremme sannsynligheten for bruk blant observatører. Kjendisreklamen er også egnet til å produsere en (flertallsmis-)forståelse av at røyking er mer utbredt og sosialt akseptert enn den virkelig er. Fordi modellering er en viktig måte for mennesker å tilpasse seg miljøbetingelsene på, vil reklame som viser sigaretter plassert inn i nærmest enhver sosial setting stimulere observatøren til røyking når lignende situasjoner oppstår. Reklamen er derfor med på å normalisere bruk av tobakk og gjøre røykingen alminnelig.

1128.J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik/Skandinavisk Tobakskompagni 1989: 25



Figur 6.10 Tenn en King Kool – Amerikas mest forfriskende sigarett. NETO A/S, 1967. Produsert av Brown & Williamson.





Figur 6.11 Mild. Kjølig. Mento. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1973.

### 3 Effekter av tobakksreklame

---

#### 3.1 Konteksten rundt forskningen om effekter av tobakksreklame

Primitive reklamekampanjer for tobakksprodukter ble drevet i USA og England omtrent fra annen halvdel av det 19. århundre. Tobakksreklame som

*massekommunikasjonsform* oppstod i disse land først rett etter 1. verdenskrig. I løpet av krigen var det bygget opp et omfattende apparat for distribusjon av krigspropaganda. Ved krigens slutt fikk reklamebransjen ledig kapasitet og tobakksindustrien var blant de første bransjer som nyttiggjorde seg deres ferdigheter i spredning av informasjon via massemediene. Omfanget av tobakksreklamen har vært enorm i alle vestlige land, og etter hvert også i land i den tredje verden. Den internasjonale tobakksindustri bruker nå hvert år et beløp på å promotere tobakk som for eksempel overstiger FNs totalbudsjett flere ganger.<sup>1129</sup>

I om lag 50 år, inntil bl.a. Norge fikk sitt forbud mot tobakksreklame i 1975, var det en allmenn oppfatning at intensjonen bak tobakksreklamen var å øke omsetningen. I en offentlig utredning, NOU 1974 (61) *Reklame*, heter det eksempelvis:

«Reklame er enhver form for kommunikasjon via et massemedium, som er betalt av en identifiserbar sender og foretatt i den hensikt å fremme salget av varer og tjenester eller øke tilslutningen til bestemte ideer».<sup>1130</sup>

Allerede i 1940-årene forelå de første empiriske studier av reklamens effekter på etterspørselen etter tobakk. Den amerikanske professoren i markedsføring, Neil Borden, hevder i verket *«The Economoc Effects of Advertising»*:

«Advertising tends to speed up favorable trends of demand; that is, if underlying conditions are favorable to an increase in demand for the products, e.g. cigarettes during recent years, the use of advertising tends to enhance and accelerate the rising trend of demand. Without advertising cigarette use would probably have grown; with advertising, the increase has been amazing».<sup>1131</sup>

Fram til omkring 1965 framhevet også tobakksindustrien selv at reklame hadde hatt stor betydning for salgsøkningen av sigaretter i første halvdel av det 20. århundret:

«The one feature which has contributed more than any other single factor to the enormous growth of the cigarette industry – advertising» (*Printers' Ink*, 1930).

«The tobacco industry is a glowing testimonial to the power of advertising. These particular companies have not only out-spent but also out-earned any others. The tobacco tycoons are loudest in their praise for the part that advertising has played» (*Printers' Ink*, 1941).

«Cigarettes offer the classic case of how mass-production industry is built on advertising» (*Business Week*, 1953).

«The effectiveness of current advertising by tobacco products manufacturers has been demonstrated repeatedly by the upward trend in sales volume that results therefrom» (*United States Tobacco Journal*, 1956).

«Steady increases in sales of cigarettes offer the classic example of what advertising can do – advertising pays off» (*United States Tobacco Journal*, 1960).

1129.Lund KE, 1996; 152

1130.NOU 1974; 21

1131.Borden N, 1944; 227-8

Når enkelte lands myndigheter fra slutten av 1960-årene begynte å diskutere restriksjoner på tobakksreklamen som en del av en sykdomsforebyggende politikk, begynte imidlertid tobakksfabrikantene å framføre et annet syn på reklamens effekt. For å beholde reklamen, oppstod nå behovet for å fortelle politikerne at tobakksreklame *ikke* hadde noen økende effekt på salget. Fra bransjehold ble det nå hevdet at tobakksreklamen kun omfordeler marked-sandeler, og verken rekrutterer nye røykere eller har betydning for det totale markedsvolum. Et sitat fra tobakksfabrikant Halfdan Petterøe jr. er illustrerende:

*«Vi på vår side hevder at reklamen ikke har innflytelse på det totale forbruk, men betyr mye i konkurransen merkene i mellom.»*<sup>1132</sup>

Strategien fra den internasjonale tobakksindustrien var nå å legge bevisbyrden vedrørende effekten fra en eventuell begrensning i adgangen til å reklamere på dem som arbeidet for helseinteressene. Men samtidig som talsmenn for industrien krevde bevis for at restriksjoner på tobakksreklamen hadde salgseffekt, hevdet de at det var prinsipielt umulig å finne en pålitelig forskningsmetodikk som med sikkerhet kunne relatere endringer i tobakkskonsum til endringer i reklameintensitet. Industrien ga med andre ord helsesiden et valg mellom to håpløse alternativer – enten å utføre undersøkelser hvor holdbarheten av resultatene automatisk ville bli trukket i tvil fordi studiets design av naturlige årsaker måtte bli «kvasiekseptimentelt»<sup>1133</sup> – eller å la være og utføre undersøkelser og dermed la tobakksindustriens påstander forbli uimotsagt. Et slikt dilemma benevnes ofte som en «Catch 22-situasjon».

Det er altså i en kontekst preget av interessemotsetninger mellom helsesiden og tobakksindustrien at forskningen vedrørende tobakksreklamens effekt har vokst fram. Hva viser forskningslitteraturen om effekten av å reklamere for tobakk? Hva slags typer undersøkelser er utført? Hvor robuste er resultatene? Og hvor ligger denne forskningens begrensninger?

I det følgende skal det fokuseres på typer av undersøkelser som har meget forskjellig utgangspunkt. Det er de *økonometriske studiene* som ved bruk av regresjonsmodeller gir et kvantitativt uttrykk for reklamens isolerte effekt på tobakkssalget, kontrollert for påvirkning fra andre årsaksfaktorer som for eksempel kjøpekraft. Dernest skal vi se på resultater fra *psykologiske undersøkelser* om hvordan folk mottar, tolker og handler etter å ha blitt eksponert for tobakksreklame. Resultater fra denne forskning bygger i vesentlig grad på mer eller mindre kontrollerte eksperimenter. Fra et tredje paradigme har forskere gjort *semiotiske innholdsanalyser* av tobakksreklamen, der tekst-, tegn- og bilde i annonsene danner grunnlag for å analysere reklamens manifeste og latente budskap.

### 3.2 Økonometriske studier av reklamens effekt

#### 6.3.2.1 Resultater

De fleste bestrebelsene på å måle tobakksreklamens innvirkning på forbrukerne gjør bruk av et tidsseriedesign (data over flere år) med tobakkssalg

1132.Tobakken og Vi 1969; 3: 10

1133.Cook & Campbell 1979

som avhengig variabel i en eller annen form for multivariat regresjonsanalyse.  
<sup>1134</sup> Fordelen med denne teknikken er at man kan kontrollere reklameeffekten for andre mulige årsaker som f.eks. pris- og inntektsendringer, endringer i informasjonsaktivitet m.m. Det finnes nå rundt 40 publiserte undersøkelser av dette slag – de fleste fra vestlige industrialiserte land.

1134. Multivariat regresjonsanalyse er en undersøkelse av sammenheng mellom en avhengig variabel (for eksempel tobakksforbruk) og flere forklaringsvariabler (for eksempel prisnivå, reklame, informasjon) for å få fram den effekten hver enkelt forklaringsvariabel har på den avhengige variabelen. Effekten av forklaringsvariablene er gitt ved regresjonskoeffisienter – også kalt elastisitet.





Figur 6.12 Annerledes. Savoy med aktivt dobbelt-filter i eksklusiv FLIP-TOP pakning. Gir rikere og renere røkeglede. J.L. Tiedemanns tobaksfabrik, 1966.



Figur 6.13 Blue Master. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1955. Tidlig macho.



I majoriteten av undersøkelsene er det funnet signifikant korrelasjon mellom reklameintensitet og etterspørselen etter tobakk, men oftest er effekten liten.<sup>1135</sup> Flere undersøkelser har funnet at reklamens betydning for forbruket var viktigere i 1950- og 60-årene, enn i seinere perioder.<sup>1136</sup> I et mindretall av undersøkelsene er det ikke funnet signifikante effekter av tobakksreklame på etterspørselen.<sup>1137</sup>

Undersøkelsene har et meget varierende design: de legger til grunn forskjellig periode, benytter data fra ulike land, anvender divergerende forklaringsvariable, bruker uensartet mål på reklamens intensitet og praktiserer vekslende analysemetoder. Det er derfor vanskelig å generalisere. Imidlertid er det verd å merke seg at svært få undersøkelser har vist *negativ* effekt,<sup>1138</sup> dvs. at tobakksreklamen skal ha dempende virkning på salget. Dersom reklamen reellt sett ikke hadde hatt virkning på forbruket, må vi forvente at antall studier som rapporterer om negative effekter omtrent vil være det samme som den mengde undersøkelser som viser positive effekter. Fraværet av en slik symmetri gjør det sannsynlig at tobakksreklame øker forbruket.<sup>1139</sup>

Metode og resultater fra flere av de ovennevnte undersøkelsene er beskrevet i oversiktsartikler og skal ikke gjentas her.<sup>1140</sup> Konklusjonene i disse framstillingene er ganske entydige og sitatet nedenfor fra *Toxic Substances Board* på New Zealand er illustrerende:

«After reviewing fourteen countrywide studies of tobacco advertising, income, price and sales, and the written and oral submissions of the parties concerned, the Board concluded that advertising increases total cigarette sales (s. 28) ..tobacco advertising tends to increase tobacco consumption and market size, not just market share».<sup>1141</sup>

Den oppsummerende slutning i 1989-rapporten fra den amerikanske helse-direktør var noe mer betinget:

«There is no scientifically rigorous study available to the public that provides a definite answer to the basic question of whether advertising

1135. Peles 1971, McGuinness & Cowling 1975, Fujii 1980, Lewit et al. 1981, Witt 1981, Reuil 1982, Young 1983, Leeftang 1985, Porter 1986, Radfar 1985, Roberts & Samuelson 1988, Bishop & Yoo 1986, Chetwynd et al. 1988, Seldon & Doroodian 1989, Laugesen & Meads 1991a+b, Tegene 1991, Pierce et al. 1994, Burns et al. 1995

1136. McGuinness & Cowling 1975, Radfar 1985, Seldon & Doroodian 1989, Andrews & Franke 1991

1137. Schmalensee 1972, Hamilton 1972, Lambin 1976, Metra Consulting Group 1979, Schneider et al. 1981, Johnson 1985, Baltagi & Levin 1986, Duffy 1991, Smee 1992

1138. Unntak er McAuliffe (1987) og Franke & Wilcox (1990)

1139. I tilknytning til en meta-analyse har Andrews og Franke (1991) drøftet hvorvidt mangelen på symmetri kan skyldes det såkalte «file drawer problem». Dette problemet består i at vitenskapelige tidsskrifter har en tendens til å ville foretrekke å publisere undersøkelser som har kunnet demonstrere signifikante sammenhenger mellom reklame og tobakksforbruk. Undersøkelser som ikke finner at denne sammenhengen er signifikant forskjellig fra 0, kan altså være underrepresentert i den populasjonen av studier som utgjør grunnlaget for en meta-analyse av reklameeffekt. I følge en beregning disse forskerne gjorde i 1991, måtte det på det tidspunkt foreligge 4 152 nye modeller med 0-estimer for reklameelastisitet dersom gjennomsnittsestimatet skulle bli ikke-signifikant (Andrews & Franke 1991: 90).

1140. Feks. i Godfrey 1986, Engleman 1987, Toxic Substances Board 1989, Andrews & Franke 1991, Smee 1992

1141. Toxic Substances Board 1989: 36

and promotion increase the level of tobacco consumption. Given the complexity of the issue, none is likely to be forthcoming in the foreseeable future. The most comprehensive review of both the direct and indirect mechanisms concluded that the collective empirical, experimental, and logical evidence makes it more likely than not that advertising and promotional activities do stimulate cigarette consumption». The extent of influence of advertising and promotion on consumption is unknown and possibly unknowable. <sup>1142</sup>

Den ovennevnte rapporten fra New Zealand fikk spesiell oppmerksomhet og innflytelse pga. sitt ambisiøse design og avanserte metode. Forskerne utførte en omfattende analyse av tobakkskonsum, pris- og inntektsendringer m.m. i 22 OECD-land mellom 1970 og 1986. Til sammen om lag 400 kalenderår med observasjoner lå til grunn for beregningene. Resultatene viste at land med totalforbud mot tobakksreklame hadde hatt fire ganger så stor reduksjon i forbruket som land med begrensede restriksjoner på reklame. I land der tobakksreklame hadde vært tillatt i alle media, hadde forbruket økt. <sup>1143</sup> Også Dalla-Vorgia (1990), som undersøkte 11 EU-land, konkluderte med at restriksjoner på markedsføringen av tobakk hadde innflytelse på tobakkskonsumet.

I en meta-analyse <sup>1144</sup> av 147 regresjonsmodeller for reklameelastisitet hentet fra 23 undersøkelser, ble det konkludert på denne måten:

«The results of the study indicate that there is a significant relationship between advertising and cigarette consumption across studies, independent of study design factors. However, the estimated magnitude of this relationship varies depending on several study design factors». <sup>1145</sup>

Burns et al. (1995) studerte nyrekrutteringen til røyking i amerikanske ungdomskohorter i perioden 1907–1981 i lys av reklameintensitet og har kunnet påvise en samvariasjonen:

«These data establish that there was an increase in initiation among white females coincident with the introduction and marketing of women's brands of cigarettes, and that this increase was largely confined to females under the age of 18. The historical changes in the initiation of cigarette smoking and their temporal association with gender-specific marketing and promotional activities, lend support to a link between cigarette advertising and promotional activities and initiation of cigarette smoking by adolescents and young adults». <sup>1146</sup>

Dette resultatet støttes av Redmond (1999) som med en noe annen metodikk konkluderte:

1142.USSDHS 1989: 516-7. Den første og siste setning fra dette utsnittet blir hyppig sitert av talsmenn for den internasjonale tobakksindustri. De to setningene i midten gjengis ofte av aktivister på helsesiden.

1143.Toxic Substances Board, New Zealand 1989: xxiii-xxiv

1144.En meta-analyse henter resultater fra allerede utførte studier/modeller og behandler disse som individuelle data som underlegges en statistisk analyse. Motivet for en meta-analyse er å gjøre elastisitetene mer robuste.

1145.Andrews & Franke 1991: 96

1146.Burns et al. 1995: S8



«Large promotional pushes by the cigarette marketers in the 1980s and 1990s appear to be linked with increased levels of daily smoking initiation among ninth graders». <sup>1147</sup>

#### 6.3.2.2 Begrensninger ved økonometriske studier

Forsøkene på å kartlegge reklamens påvirkningseffekt med økonometriske teknikker inneholder flere alvorlige svakheter – både av teknisk og validitetsmessig karakter. Med totalt tobakkskonsum som avhengig variabel kan ikke disse undersøkelsene kartlegge *hvilke grupper i befolkningen som eventuelt har fått sine røykevaner påvirket* av endringer i tobakksreklamen. Det antas at reklamen virker på forbruket gjennom følgende mekanismer: a) initierer røykestart, b) øker sigarettforbruket blant de som allerede røyker, c) reduserer motivasjonsgrunnlaget for å slutte å røyke, og d) øker lysten for igjen å begynne å røyke blant eks-røykere. <sup>1148</sup>

Det er flere indikasjoner som tyder på at tobakksreklamen har sterkest effekt på ungdommens tilbøyelighet til å begynne å røyke. <sup>1149</sup> En amerikansk undersøkelse viste eksempelvis at de tre mest annonserte sigarettmerkene hadde en markedsandel på 86 % blant 12–18-åringer, mens de bare hadde et segment på 35 % i det totale markedet. <sup>1150</sup> La oss derfor tenke oss at reklamen utelukkende påvirker f.eks. 13–19 åringer, og at den er uten evne til å «forstyrre» de voksnes etablerte vaner. For Norge kan det på et empirisk grunnlag regnes ut at om andel røykere i tenåringsgruppen plutselig skulle øke med 25 % fra ett år til et annet (dvs. ca 20 000 nye røykere), og at disse tenåringene adopterte det samme daglige forbruk som de som allerede røykte, ville dette resultere i en økning i det årlige totale salget på kun 1,2 % (ca. 75 tonn). En kampanje som får store utslag i en subgruppe i befolkningen, trenger altså ikke virke nevneverdig inn på totalkonsumet *på kort sikt*. Totalkonsumet vil derfor ofte være et for grovt mål på reklamens effekt.

1147.Redmond 1999; 28: 243

1148.Reklamen kan i tillegg tenkes å ha flere indirekte virkninger som f.eks. at medias økonomiske avhengighet av reklameinntektene kan tenkes å hindre tobakskritisk stoff. Flere undersøkelser har vist en negativ sammenheng mellom omfanget av tobakksreklame og hyppigheten av 'røykenegative' reportasjer (Warner 1985, Amos et al. 1991, Warner et al. 1992). Dette kan i sin tur ha konsekvenser for befolkningens kunnskapsnivå om tobakkens skadevirkninger og slik ha indirekte innvirkning på tobakkskonsumet.

1149.Chapman & Fitzgerald 1982, Rombouts & Fouconnier 1988, DiFranza et al. 1991, Pierce et al. 1991, 1994, 1998 Burns et al. 1995

1150.Roberts 1994

*over til-*

**SOUTH STATE**  
REGULAR SIZE  
Landets ledende merke i sin klasse — et naturlig valg for dem som foretrekker en kortere sigarett uten filter.

**SOUTH STATE**  
FILTER  
Den trygge South State smaken i filtergave — king size. For dem som gjerne vil ha en smakfull filtergave.

**SOUTH STATE**  
EXTRA MILD  
En ekstra mild filtergave — king size. Utvalgte milde tobakker, et langt filter, en vanlig og et meget peinst sigarettpapir.

**SOUTH STATE**  
KING SIZE PLAIN  
King size sigarett med mildt innhold og den vakkerte South State smaken for dem som ønsker en lang sigarett uten filter — nå i ny pakning.

**- 4 TYPER Å VELGE MELLOM**

65

Figur 6.14 Over til South State. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1974. Røyking er kos, sosialt og romantisk.





Figur 6.15 En stemning, et sted, en stil. Den fineste smak fra USA. Pall Mall, J.L. Tiedemanns tobaksfabrik, 1972. Produsert av BATCO og Brown & Williamson. Røyking er nobelt og forbundet med høy sosial status.

Et annet problem som møter tolkningen av resultatene fra slike studier, er spesifisering av årsaksretning. Til grunn for de ovennevnte modellene ligger det en antagelse om at endret reklameintensitet går forut for endringer i salg-

snivå. Forholdet kan imidlertid være omvendt. En plutselig endring i salget kan føre til at tobakksprodusentene treffer nye beslutninger vedrørende nivået på reklameutgiftene. Skulle det f.eks. være slik at en viss prosentandel av omsetningen automatisk anvendes til reklame, vil også dette komplisere tolkningen av resultatene. Et par undersøkelser har foreslått at industriens endrede utgifter til tobakksreklame er et resultat av endringer i salget.<sup>1151</sup>

For det tredje oppstår et *tidsfaktorproblem*. Når skal man lete etter effektene fra endret reklameintensitet? Etter en måned, ett år eller ti år? Den sterke avhengigheten til tobakk gjør det sannsynlig at langtidsvirkningene er minst like store som korttidsvirkningene av en reklamekampanje (*sleeper effect*). Videre vil de reklameskapte forestillingene, illusjonene, mytene og visjonene om sigarettmerkenes «personlighet» (jf punkt 2.5) ikke miste sitt grep umiddelbart etter et reklameforbud.



Figur 6.16 Seven Seas. Neto A/S og J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1967. Røyking er forbundet med kvinnelig selvstendighet og aktivitet.

1151.Schmalensee 1972, Schneider et al. 1981

Flere variable med betydning for salgsnivå kan dessuten bli utelatt fra beregningen fordi de *vanskelig lar seg uttrykke i kvantifiserbare størrelser (operasjonaliseringsproblem)*. Det er for eksempel vrønt å sette numeriske verdier på endringer i produktkvalitet, endringer i reklamekampanjenes innholdsmessige kvalitet, endringer i helseinformasjonens effektivitet, forandringer i det normative klima for røyking osv.

### 3.3 Psykologisk tilnærming i analyser av reklameeffekt

Etter hvert som populasjonen av økonometriske undersøkelser vokste – og stadig flere av disse fant en signifikant sammenheng mellom reklame og etterspørsel, begynte tobakksindustrien å vise til at denne samvariasjonen ikke var ensbetydende med en *kausal årsaksforklaring*. De økonometriske studiene ga ikke godt nok bevis for at eksponeringen for reklame inntraff før økningen i etterspørsel i tid, noe som er en nødvendig forutsetning i en årsaksforklaring. Industrien kunne også støtte seg til en utbredt tradisjon innen samfunnsvitenskapelig forskning som framhever at statistiske analyser mellom makrostørrelser (som samlet reklamevolum og aggregatet av befolkningens etterspørsel etter tobakk) sjelden kan gjøre krav på å være forklaringer i streng forstand. De er kun beskrivelser av regelmessighet som genereres av underliggende og ofte ukjente deterministiske mekanismer.<sup>1152</sup> Methodenormen som anbefales for finne disse mekanismene er en tilnærming på individnivå (metodologisk individualisme). I denne situasjonen vokste de psykologiske undersøkelsene fram. Forskningen rettet oppmerksomheten mot hvordan aktører mottar, tolker og eventuelt handler på grunnlag av tobakksreklame. Med en slik tilnærming kunne den kronologiske rekkefølge av variablene kartlegges.

#### 6.3.3.1 Psykologiske teorier

Allerede eksisterte et arsenal av sosialpsykologiske teorier som kunne appliseres for å beskrive mekanismene i reklamepåvirkning. Det teoretiske utgangspunktet var at tobakksreklame bearbeider og påvirker handlingsvalg *kognitivt* og/eller *affektivt*. Aktøren reagerer kognitivt på reklamen når han aktivt og bevisst går inn for å skaffe seg produktet fordi det vil tilfredsstille et på forhånd kartlagt behov eller ønske. En affektiv respons er derimot oftere spontan og ubevisst, og anskaffelsen av produktet skjer automatisk som følge av en betinget refleks.<sup>1153</sup>

Ajzen & Fishbein's (1975) *theory of reasoned action* postulerer at handlingsintensjonen bestemmes av personens egne holdninger til røyking og de normene til røyking som finnes i personens omgivelser. Forskerne er av den oppfatning at holdningskomponenten er dominerende når voksne tar avgjørelser om tobakksatferd, mens den normative orientering er viktigst for ungdom. Videre hevder Ajzen & Fishbein at tobakksreklame fungerer som et normativt element i denne beslutningsprosessen.

Bandura's (1977) *social learning theory* understreker hvordan modeller og deres atferd influerer vår evne til å skape oppfatninger og verdier som i sin tur

1152.Elster 1979; 28, Lund 1996; 90-103

1153.Lynch & Bonnie 1994; 117

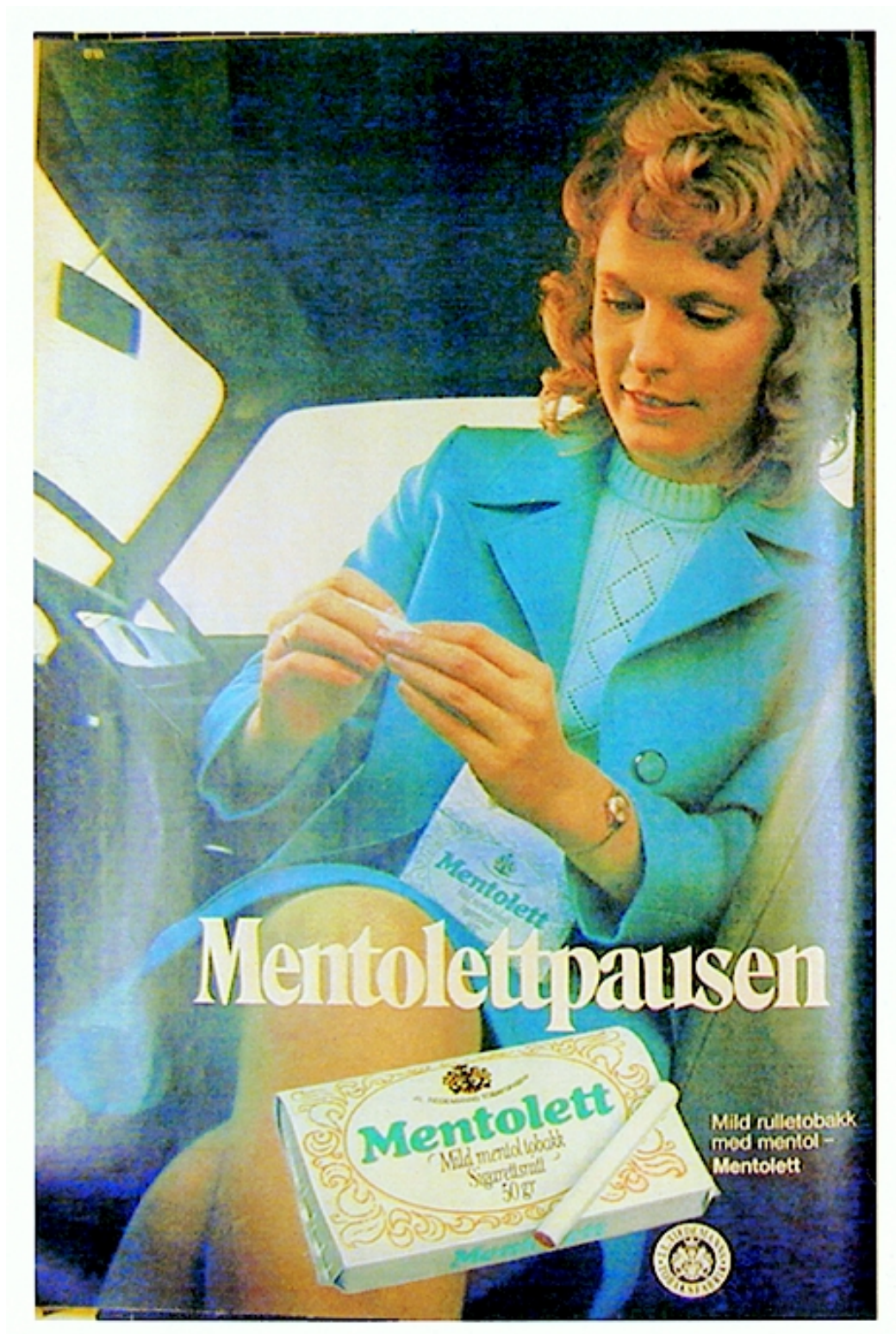
ledsager våre handlingsvalg. Modelleringen utvikler på sett og vis forståelsen av hva som er normativt og ønskelig. Modellene i tobakksreklamen bidrar med andre ord til å framheve røyking som en type sosialt akseptert og ønskelig atferd. Reklamen fungerer dermed som inspirasjon og motivasjon til handling.

I en spesiell kategori kommer reklame som gir assosiasjoner til helsegevinst, for eksempel ved å vektlegge egenskaper med filter, lavere tjæreinnhold, bruk av ord som ren, mild, naturlig, frisk osv. Med utgangspunkt i Fritz Heiders *teori om kognitiv balanse*, vil slik reklame være egnet til å forsyne røykerne med forestillinger som setter dem i stand til å fortsette å røyke med god samvittighet. Mens helseinformasjonen forstyrrer samsvaret mellom kunnskap og fortsatt røyking – med det til følge at røykeren kanskje vil overveie å slutte, vil denne type reklame ødelegge den kognitiv dissonans som kunne ha skapt et bevegelsesgrunnlag for atferdsendring. I følge denne teorien vil tobakksreklamen ikke bare øke nyrekrutteringen, men i tillegg bidra til å opprettholde røykingen blant dem som overveier å slutte. Nært beslektet er *teorien om krysspress*, som sier at observatøren kan reagere med tilbaketrekning når et motsatt budskap mottas fra to normsendere.





Figur 6.17 Plaza så klart! J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1960. Røyking i harmonisk kjønnsfelleskap.



Figur 6.18 Mentolettpausen. J.L. Tiedemans tobakksfabrik, 1974. Yrkeskvinnen belønner seg selv med en pause og en røyk.



Utover å tilfredsstille den biologiske avhengigheten av nikotin, kan røyking ha en rekke symbolske funksjoner. Gjennom hva vi røyker, hvor vi røyker, hvordan vi røyker, hvem vi røyker sammen med osv, kan vi kommunisere et ønsket budskap til omverdenen. Tobakksreklame har bidratt til å forsyne oss med en felles forestillingsverden som gjør at vi kan legge samme symbolske mening i røyking. Reklamen fungerer anvisende for hvordan vi kan opptre for å markere vår identitet, og både *sosial læringsteori* og *symbolsk interaksjonisme* kan anvendes som fruktbare teoretiske referanser i beskrivelsen av de medierende prosesser som knytter sammen eksponering for reklame og den sosialiseringseffekt den kan ha.

### 6.3.3.2 Psykologiske undersøkelser

Selv om disse sosialpsykologiske teoriene kunne kaste lys over sammenhengen mellom reklame og etterspørsel, ble det fra begynnelsen av 1980-årene satt i gang omfattende empirisk forskning på feltet. Denne viste for det første at barn og unge i stor grad eksponeres for, registrerer, husker og klarer å dekode reklamens budskap.<sup>1154</sup> I følge en sentral læringsmodell er oppmerksomhet, forståelse, gjenkalling av et budskap en forutsetning for holdningsendring.<sup>1155</sup> Selv om merkenavnet mangler i annonsene, klarer barn likevel å identifisere sigarettene det reklameres for. Såkalt « *brand-stretching advertisements* », dvs. reklame for produktgrupper som bærer kjente sigaretters varemerke (i Norge f.eks. Dunhill parfyme, Barclay feriereiser, Marlboro klær, Camel sko og klokker), tolkes også av barn og unge som tobakksreklame.<sup>1156</sup> I en undersøkelse blant norske 13–15 åringer i 1990 svarte hele 56 % at de *i løpet av den siste tiden* hadde sett noe de oppfattet som tobakksreklame.<sup>1157</sup> I den voksne befolkning var det ca. 30 % som rapporterte om det samme.<sup>1158</sup>

For det andre viste forskningen at ungdom vurderer modellene i sigarettreklamen som attraktive, glade og tilfredse, sexy, unge og ved god helse.<sup>1159</sup> Videre ble det funnet overensstemmelse mellom de egenskaper røykerne selv plasserte inn i et «*image*» av en typisk røyker, og de egenskaper ved røykeren som tobakksreklamen formidler.<sup>1160</sup>

For det tredje ble det på tvers av metodiske tilnærmingsmåter funnet at eksponering og positive holdninger til tobakksreklame disponerer for sigarett røyking.<sup>1161</sup> En fireårig longitudinel<sup>1162</sup> undersøkelse av 1 069 barn i alderen 12–15 år i Massachusettes viste at ungdommene begynte å eksperi-

1154. Chapman & Fitzgerald 1982, Aitken 1985, Aitken et al. 1985, 1987, CRU 1988, Marklund 1989, Aitken & Eadie 1990, Fischer et al. 1991, Roberts 1994, Peters et al. 1995, Arnett & Terhanian, 1998

1155. Hovland, Janis og Kelley 1953

1156. Aitken et al. 1985, Lund 1992

1157. Lund 1992; 61

1158. Statens tobakkskaderåd 1994; 56

1159. Yankelovich 1977

1160. Fishbein 1977

1161. O'Connell et al. 1981, Fischer & Magnus 1981, Chapman & Fitzgerald 1982, Charlton 1986, Goldstein et al. 1987, Armstrong et al. 1990, Meier 1991, Kiltzner et al. 1991, Aitken et al. 1991, Pierce et al. 1991, Altman et al. 1996, Lam et al. 1998, Feighery et al. 1998, Pierce et al. 1999

1162. I en longitudinell undersøkelse observeres de samme individene ved flere tidspunkt.

mentere med de sigarettmerkene som de i sterkest grad ble eksponert for gjennom reklamen.<sup>1163</sup> En annen longitudinel undersøkelse av 1 752 ungdommer i California viste at de som oppga en favorittreklame for sigaretter ved første måletidspunkt hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å røyke tre år seinere. Forskerne estimerte at 34 % av all eksperimentering med røyking i California i tidsrommet 1993–1996 kunne tilskrives tobakksindustriens reklameaktivitet. Omregnet til nasjonalt nivå vil det si at 700 000 amerikanske ungdommer hvert år begynner å røyke som følge av tobakksreklame.<sup>1164</sup>

Alexander et al. (1983) fulgte 5 686 barn i alderen 10–12 år i 12 måneder. Røykfri ungdom som ved første tidspunkt var positive til tobakksreklame, hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å begynne å røyke i løpet av oppfølgingsperioden sammenlignet med jevngamle som i utgangspunktet var negative til reklame for tobakksprodukter. Av røykerne var tilbøyeligheten til å slutte størst blant ungdom som var negative til tobakksreklame. Forskerne konkluderte med at tobakksreklame «*was an important predisposing and reinforcing factor*» for røyking (s. 64).

Botvin et al. (1993) fant at gruppen tenåringer som i størst grad var eksponert for sigarettreklame hadde 44 % økt sannsynlighet for å ha forsøkt å røyke og 93 % økt tilbøyelighet for å bli daglig røyker.<sup>1165</sup> Etter venners røykevaner fant både Botvin et al. (1993) og O'Connel et al. (1981) at eksponering for tobakksreklame hadde størst forklaringskraft på ungdoms røykevaner. I sitt eksperiment konkluderte Armstrong et al. (1990):

«The children's perceived responses to cigarette advertising showed the strongest and most consistent evidence of an effect on the uptake of smoking by children who initially were non-smokers».<sup>1166</sup>

Etter å ha studert den psykologiske forskningslitteraturen om tobakksreklame fastslo *International Union Against Cancer* (IUAC) i 1990:

«Highly suggestive data link tobacco advertising with young people becoming regular smokers, but it is difficult to «prove» because cigarette advertising does not exert its influence through conscious cognitive processes. Furthermore, advertising operates indirectly by capitalising on existing motivations so its effects are disguised and difficult to measure».<sup>1167</sup>

En annen litteraturstudie, utført av den amerikanske helsedirektør, uttrykker sin konklusjon på denne måten:

«Cigarette advertising appears to affect young people's perceptions of the pervasiveness, image, and function of smoking. Since misperceptions in these areas constitute psychosocial risk factors for the initiation of smoking, cigarette advertising appears to increase young people's risk of smoking».<sup>1168</sup>

1163.Pucci & Siegel 1999

1164.Pierce et al. 1998

1165.Botvin 1993; 222

1166.Armstrong et al. 1990; 117

1167.IUAC 1990; 46

1168.USDHHS 1994; 195

### 6.3.3.3 *Forskning på oppdrag fra tobakksindustrien*

I en komparativ tverrsnittsanalyse <sup>1169</sup> av røyking blant 7–15-åringer i 1 000 husstander fra 10 land med ulike restriksjoner på adgangen til å reklamere for tobakk (bl.a. Norge), rapporterte imidlertid Boddewyn (1987) at tobakksreklame var uten betydning for tilbøyelighet til å røyke. Prevalens ungdomsrøykere var faktisk størst i land med sterke restriksjoner på reklame. Forskerne fant også at kun en marginal gruppe av ungdommene mente deres røyking var forårsaket av tobakksreklame. Resultatet ble støttet av Smith (1989), som i sin studie brukte mye av det samme datamaterialet som Boddewyn.

Resultatene fra disse to undersøkelsene, som begge ble utført på oppdrag fra tobakksindustrien, har gjentatte ganger blitt brukt av politikere som ønsker at tobakksindustrien fortsatt skal kunne reklamere for sine produkter i EU. Undersøkelsene har imidlertid blitt kritisert for sin lave validitet og for å utelate drøftelse av resultater som har vist det motsatte. <sup>1170</sup> Kritikerne hevdet at gruppene av land var konstruert nettopp for å finne et ønsket resultat, og at variasjonen i ungdomsrøykingen mellom landene like godt kunne skyldes kultur- og religionsforskjeller, ulikt prisnivå, skilnad i aldersgrense og tilgjengelighet til tobakk. Et høyt innslag av ungdomsrøykere kan dessuten tenkes å ha vært selve motivasjonsgrunnlaget for at et land innfører reklamerestriksjoner. Fordi de fleste gjerne vil framstå med en viss grad av autonomi, vil også svært få ungdommer innrømme at de lar seg påvirke av reklame. Prosessene for påvirkning kan dessuten ha vært ubevisst.

Til tross for at industriens reklameforskning på dette området er blitt avvist vitenskapelig som mangelfull og misvisende, og deres forskere er desavuert, har industrien valgt å fortsette og framlegge de ovennevnte resultatene som bevis på at tobakksreklame er uten betydning for oppstart av røyking. På denne måte holder tobakksindustrien kunstig liv i en historisk kontrovers som allerede har nådd en forskningsmessig konsensus.

## 3.4 Innholdsanalyser av tobakksreklame

Ved siden av funn fra økonometriske (jf punkt 3.2) og psykologiske undersøkelser (jf punkt 3.3), har også resultater semiotiske <sup>1171</sup> analyser av meningsinnhold i tegn og tekst blitt brukt i spørsmålet om tobakksreklamens betydning. Hensiktsmessigheten av en slik tilnærming er omtalt på denne måten av sosiolog Simon Chapman, som er en internasjonal ekspert på feltet;

«Essentially, my position will be that little valuable understanding of the part played by advertising in the 'aetiology' of smoking can be found from econometric, attitudinal or behavioral approaches. The causality question in cigarette advertising can eventually be viewed in light of the more fundamental one from which it is derived: how does cigarette advertising fit into the cultural universe of those who are exposed to it? (s.19–20).

Cigarette advertising ought to be viewed as a mass cultural phenomenon that acts to position smoking, cigarettes, smokers and non-

1169.En komparativ tverrsnittsanalyse sammenligner forekomst av for eksempel røyking på ett og samme tidspunkt blant forskjellige enheter, for eksempel land.

1170.Toxic Substances Board 1989, Chapman 1989, Rimpelä 1993

1171.Semiotikk er læren om tegn (språk tegn, gester, symboler og andre signaler som sanseorganene mottar og som bidrar til kommunikasjon mellom mennesker

smokers *mythologically*. Ads can be considered as vignettes of or windows into myths (s.20). I will argue that a consideration of the signs and rhetoric of cigarette ads can help answer the question: «What are the different cultural mythologies of smoking, and how are these best incorporated into a theory of how smoking is socialized?» (s. 21).

I boken «*Great Expectations – advertising and the tobacco industry*» (1986), påviser Chapman først det logisk motstridende i at også tobakksmonopoler driver utstrakt reklamevirksomhet til tross for at industrien selv hevder at reklamen kun omfordeler markedsandeler. Videre etterlyser han logikken i å bruke så mye penger på reklame dersom den likevel ikke øker salget. Deretter lanseres en semiotisk tilnærmingssmåte hvor han presenterer resultatene fra en innholdsanalyse av 1 046 tobakksreklamer for 23 internasjonale sigarettmerker trykket i 10 forskjellige australske blader og aviser i tiden 1983–1985.

De mest framtrede budskap i reklamen tematiserte rundt prestisje, natur, smak, fritid, humor, kjønnsrolle stereotyper, romantikk og identifikasjon. Chapman fant at reklamen ikke utelukkende rettet seg til røykere med produktinformasjon (pris, tjæreinnhold, smak), men hadde en universell appell. Reklamen formidlet en livsverden preget av «*winning, success, reward, invincibility, wealth, taste, cultural sophistication, togetherness, companionship, eccentricity, adventure, danger, wry wit, freedom, toughness, pride, happiness, youth, romantic attachment, lightheartedness, activity and vitality*». <sup>1172</sup> En av Chapmans konklusjoner er at tobakksindustrien med sine reklamekampanjer «*directs the 'ruling ideas' about smoking*».

En lignende undersøkelse ble utført i amerikanske blader av Fine i begynnelsen av 1970-årene. <sup>1173</sup> Fine inndeler temaene for tobakksreklamen i kategoriene: «*The Tar Derby*», *Modern Science*, *Humorous Relief*, *Masculinity*, *Femininity* and *The Good Life*». Med utgangspunkt i teorien om kognitiv balanse, fant Fine at reklame for sigaretter med lavere innhold av tjære («*The Tar Derby*») og sigaretter med filter (*Modern Science*) har uthullet helseinformasjonen (jf punkt 6.6.5).

«The marketing firms bank upon readers maintaining a distinction in their minds between «cigarettes» and «low-tar cigarettes». This process is one of differentiation. Differentiation is the process which a person who had previously considered an object as a single entity will now see it as two distinct forms. Thus smokers receive the illusion of safety, while actually they receive less danger. Yet the mental differentiation is made». <sup>1174</sup>

Ved å tolke 716 reklameannonser fra *Time Magazine* i perioden 1929 til 1984, fant Warner (1985) at tobakksannonsene hadde en helsemessig vinkling i de årene som markante forskningsrapporter om røykingens skadevirkninger ble publisert. Industrien mottrekk var da å opplyse om innovasjoner som hadde redusert helserisikoen ved å fortsette å røyke. Betegnelser som ble brukt om tobakken var f.eks. «*mild, light, fresh, smooth, clean, pure, soft, natural*» osv. Også slagord ble benyttet, f.eks. «*Philip Morris – The cigarette that takes the*

1172.Chapman 1986; 91-116

1173.Fine 1974

1174.Fine 1974; 516-7

*fear out of smoking» eller «Kent's micronite filter – for the greatest protection in cigarette history.*

Ernster (1985) har undersøkt tobakksreklame rettet mot kvinner i hele det 20. århundre og konkluderte med at sigarettene har vært markedsført som et positivt symbol på emansipasjon (jf punkt 5.7.2.6). Pollay (1991) undersøkte all reklame (567 annonser) trykket på baksiden av bladene LIFE fra 1938 til 1983, og LOOK fra 1962 til 1971. Undersøkelsen viste at temaet 'Healthiness' forekom i majoriteten av annonsene, men i motsetning til Warner (1985) fant Pollay (1991) at denne typen annonser hadde et kort fravær rundt utgivelsen av rapporten fra den amerikanske helsedirektør i 1964. Hans studie ble lagt fram som saksdokument i en kjent rettssak mellom Rose Cipollone og tobakksprodusentene Liggett & Myers/Philip Morris (jf punkt 9.3.2).

Lynch & Bonnie (1994) mener budskapet i reklamen spesielt legger vekt på fem forhold <sup>1175</sup>

- Tobacco use is a rite of passage to adulthood.
- Successful, popular people use tobacco.
- Tobacco use is relaxing in social situations.
- Tobacco use is the norm.
- Tobacco use is safe and healthful.

#### **6.3.4.1 Reklameskapt symbolverdi – eksempelet Marlboro**

Det er spesielt reklame for ett bestemt sigarettmerke – Marlboro – som har tiltrukket seg oppmerksomhet fra forskere som er opptatt av sigarettenes symbolverdi, for eksempel Lohof (1969) «*The Higher Meaning of Marlboro Cigarettes*» og Starr (1984) «*The Marlboro Man: Cigarette Smoking and Masculinity in America*» (1984). Marlboro ble opprinnelig lansert som en kvinnesigarett i 1920-årene. Den maskuline «*Marlboro Man*» er en metafor som først begynte sin eksistens på midten av 1950-årene.

«Rugged, vigorous and robust. He crouches before a daybreak fire to turn the crinkling bacon or pour coffee from a blackened pot. He rides his horse knee-deep in snow, his sheepskin coat warding off the howling winter winds. He gazes serenely over the sturdy neck of his stabled pony. His habits are work-oriented, his work a way of life. Like his clothing and his habits, the face of the Marlboro Man comes with the territory – sculptured, cragged, lined not by age but by the elements. In every case he is «lighting up» and suggesting that you follow his lead». <sup>1176</sup>

«*The Marlboro Man*» har sin tilværelse i «*Marlboro Country*», som er det andre elementet som framheves i reklamen for dette sigarettmerket («*Come to where the flavour is. Come to Marlboro Country!*»).

«The inhumanly virginal landscape, the atrocious magnificence of the mountains, the illimitable brute fact of the prairies – this is Marlboro Country». <sup>1177</sup>

1175.Lynch & Bonnie 1994; 120-1

1176.Lohof 1969; 442-3, 446-7

1177.Lohof 1969; 444

Marlboro passerte Winston som USA's ledende filtersigarett i 1975, og ble like etter det mest solgte sigarettmerke i verden. For å understreke det enorme salgsapparatet bak Marlboro blir sigaretten blant bransjefolk betegnet «*The Big Red Machine*». <sup>1178</sup> I følge Lohof skyldes suksessen at reklamen har klart å appellere til en nostalgisk lengsel etter det primitive, uberørte, uskyldige, ekte og autentiske. Dette er verdier som står høyt i kurs i en verdensutvikling som ellers er preget av urbanisering, overbefolkning, forurensning, teknikk og byråkrati.

«Marlboro Country is an environmental memoir, reminding Americans of where they have been and inviting them to vicariously return. The Marlboro image is a cultural symbol, which speaks to the collective imagination of the American people. A way of life that became a folk myth in the minds of a people is conjured back into «reality» and sent into the marketplace. The image speaks of innocence and individual efficacy. The naivete of the Marlboro Man is as fresh as the unpolluted air that sustains him and as pure as the mountain stream which quenches his thirst. Unsullied is he by the guilt and terror that mingle in the civilized eye whenever it sees a race riot or a ghetto or a mushroom cloud. He stands beyond the city's fouled social relations, compromised political affairs and clogged streets». <sup>1179</sup>

Chapman (1986) viser til en undersøkelse der merkelojale røykere i en såkalt «*blindfold test*» bare i liten grad klarte å identifisere sitt eget merke blant tre andre (6 % oftere enn et rent sjanseresultat). Dette tas til inntekt for den hypotese at røykere velger merke etter den *symbolverdi* reklamen formidler og i mindre grad etter smak. Denne fortolkningen styrkes av en undersøkelse fra Skottland som viste at forholdsvis mange ungdomsrøykere kjøpte de sigarettmerker som til enhver tid var på tilbud, for så å flytte disse sigarettene over i esker til de tobakksmerker som hadde høyest status i ungdomsmiljøet. Andre studier har også vist korrelasjon mellom visse personlighetstyper og valg av sigarettmerker som i reklamen appellerer nettopp til denne personlighetstypen. <sup>1180</sup>

Som talemåte, klesdrakt og musikksmak, kan også sigaretten bidra til å karakterisere brukeren i forhold til andre personer, og til plassering i det sosiale landskapet. Røyking kan altså betraktes som en type symbolsk interaksjon, der symbolbruken representerer et forsøk på personlig profilering og identitetsbekreftelse. Ved å sende ut signaler gjennom symbolet som tas i bruk (sigaretten) og motta informasjon fra andre på denne symbolbruken, skapes selvbildet. I boken «*Smoking – the artificial passion*», understreker Krogh (1991) nettopp sigarettens betydning som et signaliserende redskap i kommunikasjon.

«Those who wish to project an image or signal something about themselves to the outside world have a great communication device in the cigarette. This is most obvious in societal caricatures: Marlene Dietrich exhaling sensually; Edward Murrow looking thoughtful; the young Lauren Bacall dangling a fat cigarette from her lips while talking to Bogart». <sup>1181</sup>

---

1178.Taylor 1984; 29

1179.Lohof 1969; 447-8

1180.Fry 1971

Antropologene Doherty & Whitehead hevder i artikkelen «*The social dynamics of cigarette smoking*» at måten en sigarett tennes, røykes og stumpes på vil kunne gi omgivelsene en rekke ulike signaler. Etter å ha utført en observasjonsstudie, mener forskerne at røykemåten kan kommunisere budskap som:<sup>1182</sup>

«Let's talk»  
«I'm my own boss»  
«Be aware that I am upset»  
«We're no longer alike»  
«I need to be alone»  
«I'd like to take care of you»  
«I won't tell you how I'm feeling»  
«Let's relax together»  
«I'd like you to take care of me»  
«We're alike»

Også Starr (1984) understreker betydningen av røyking som en ekspressiv og karikerende uttrykksmåte:

«Cigarette smoking can be an important source of role definition. It has symbolic significance and is an integral part of the self-concept of smokers. The fact that a person smokes and the way he smokes are additional items on the list of expressive behaviors such as gait, speech patterns, handwriting and posture which express the self-image and role expectations of individuals»<sup>1183</sup>.

Felles for Lewine (1970), Doherty & Whitehead (1986) og Starr (1984) er deres understrekning av tobakksreklamens betydning for vår konstruksjonen av et intersubjektivt tolkningsskjema om røyking og røykere.

## **4 Har tobakksreklamen påvirket røykevaner i Norge?**

---

### **4.1 To forskningshypoteser**

Konklusjonen fra litteraturstudien i punkt 3 var at omfanget av tobakksreklame er av betydning for etterspørselen etter tobakk og at effekten er størst blant ungdom. Sammenhengen er sannsynligvis kausal idet økonometriske tester har vist at 1) etterspørsel og reklameintensitet korrelerer og 2) korrelasjonen opprettholdes ved kontroll for andre målbare variable som for eksempel pris og kjøpekraft. Videre har psykologisk forskning vist at 3) dekodning av budskapet i reklamen øker lysten til å begynne å røyke blant ungdom, samtidig som semiotiske analyser viser at 4) intensjonen fra avsenderen av reklamen er å selge sigaretter.

---

1181.Krogh 1991; 12-13

1182.Doherty & Whitehead 1986; 454-455

1183.Starr 1984; 46



Figur 6.19 Hvorfor ta fra hans pakke – få heller tak i en selv. Hver eneste SAVOY gir rikere og renere røkeglede pga ett snehvit fiberfilter og ett spesial crêpe-filter med absorberende kullstoff. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1965. Kvinnerettet markedsføring med forsikringer om et filter som fjerner farlige stoffer.





Figur 6.20 Rullevillig Gullsnitt. Conrad Langaard A/S, 1969. Sammenlign med figur 6.3. Kjønnssrollene er snudd. En kvinne legger en beskyttende arm rundt sin mann og tilbyr han et trekk fra sin sigarett.

Endringer i reklameintensitet i Norge skal følgelig korrespondere med endringer i insidensraten <sup>1184</sup> for røyking. To historiske perioder skiller seg

ut med plutselige endringer i omfanget av tobakksreklame. Det er perioden 1965–1970 hvor annonsemengden i ukeblader økte 600 %. På bakgrunn av at denne litteratur har flest kvinnelige lesere, kan vi derfor dedusere en hypotese om at det skal ha skjedd en økning i andel røykere blant kvinner i samme tidsrom. Hvis dette er tilfelle kan hypotesen om sammenheng mellom reklame og norske røykevaner ikke forkastes. En annen periode av interesse er tiden etter 1975, da forbudet mot tobakksreklame satte en plutselig stopp for all reklame. De fødselskohorter som har gjennomlevd sin tenåringstid etter 1975 skal følgelig ikke være eksponert for tobakksreklame og skal derfor ifølge hypotesen ikke inneholde så mange røykere som kohorter med en oppvekst i omgivelser med tobakksreklame. Begge hypotesene lar seg teste empirisk.

#### **4.2 Har økningen av tobakksreklame i norske ukeblad rekruttert kvinner til røyking?**

I utredningens punkt 5.7.3 'Hvorfor økte andelen kvinnelige røykere i slutten av 1960-årene', ble veksten i reklamen drøftet som en mulig årsaksfaktor. Etter å ha avtatt fra ca. 1955, økte andel røykere i syv av ni kvinnekohorter mellom 25 og 69 år i perioden 1965–70, mens den ble redusert i de påfølgende fem år. Det er altså en samvariasjon mellom økningen i reklamen i ukebladene, og veksten i røyking. Dette gir støtte til hypotesen om sammenheng mellom reklame og etterspørsel, men på grunnlag av disse data kan vi ikke avgjøre om sammenhengen er kausal.

Det er en rekke alternative forklaringer som eventuelt må elimineres. Andre årsaker er kvinners økende kjøpekraft, kvinners deltakelse på nye samfunnsarenaer med røykeforsterkende virkning, sigarettens symbolverdi i den parallelle veksten i kvinnebevegelsen, introduksjon av filter sigarettene, den plutselige prisfallet på utenlandske sigaretter som følge av EFTA-medlemskapet, kvinners flyttemønster til byer, sekulariseringen av kvinnene, m.m. Å isolere effekten av tobakksreklamen fra denne gruppen av alternative påvirkingsvariable er vanskelig. På bakgrunn av litteraturstudien i punkt 3 i dette vedlegget er det overveiende sannsynlig at reklamen økte kvinnerøykingen i slutten av 1960-årene, og bevisbyrden for å hevde det motsatte bør eventuelt ligge hos tobakksindustrien.

#### **4.3 Har forbudet mot tobakksreklame ført til mindre rekruttering?**

Som pionernasjon med restriksjoner på tobakksreklame har norske data over tobakksforbruk og røykevaner blitt brukt og misbrukt for å demonstrere effekter – eller fravær av effekter – av reklameforbudet i 1975.<sup>1185</sup> Bjartveit K & Lund KE (1998) har i en egen publikasjon – *The Norwegian ban on advertising of tobacco products. Has it worked?* – behandlet spørsmålet. Forskerne viser at veksten i etterspørselen etter tobakk steg fram til reklameforbudet ble innført, og at det siden er redusert med 26 %. Antatt økning i reiseimport og smugling av tobakk må forklare noe av reduksjonen. Topppunktet som ble nådd i Norge i 1975, inntraff på omtrent halvparten av det nivå for tobakksforbruk som USA, Canada og England hadde hatt. Hadde hastigheten på for-

1184.Insidens angir antall nye tilfeller i en bestemt gruppe over et tidsrom.

1185.Bjartveit K & Lund KE (1998)

bruksveksten i 1950- og 1960 årene fortsatt fram til i dag, ville konsumet av tobakk vært 80 % høyere enn dagens.

Laugesen & Meads (1991) og Smee (1992) har anvendt norske data i sine økonometriske modeller og funnet signifikante effekter fra opphøret av tobakksreklame i 1975. Smee, som la tidsseriedata fra perioden 1964–1989 til grunn for sin undersøkelse, omtaler virkningen fra det norske reklame *forbudet* på denne måten:

«The first model explaining consumption per head suggests that in the long run the Act reduced consumption by 16 %. The second model points to a more modest decrease of about 9 % in the long run. The effect comes through a reduction in smoking prevalence; the amount smoked per smoker does not appear to have been affected. It is not possible to quantify precisely the share of this reduction attributable to the advertising ban by itself, but, in view of the minor nature of the other provisions of the Act, the ban on advertising is likely to have accounted for the great majority of the effect». <sup>1186</sup>

Studentoppgaver i økonometri ved Sosialøkonomisk institutt (UiO) har også undersøkt forholdet mellom reklame/opphør av reklame og tobakkssalg. Mens Vegsund (1982) kun la inn en dikotom variabel for reklameforbudet i 1975, anvendte Bergh (1989) en vanlig regressor for reklameutgifter. For perioden 1966–88 fant Bergh at etterspørselen korrelerte positivt med reklameintensiteten, men absoluttverdien var meget lav (0,01).

---

1186.Smee 1992; 18



Figur 6.21 Ja, nå røker også jeg Prince. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1969. Laget på lisens fra Skandinaviske tobakskompagní. Salgskampanje for Prince med et utall kjendiser. Her med Inger Jacobsen.



**Overlegent**  
Norges mest solgte menthol-sigarett!

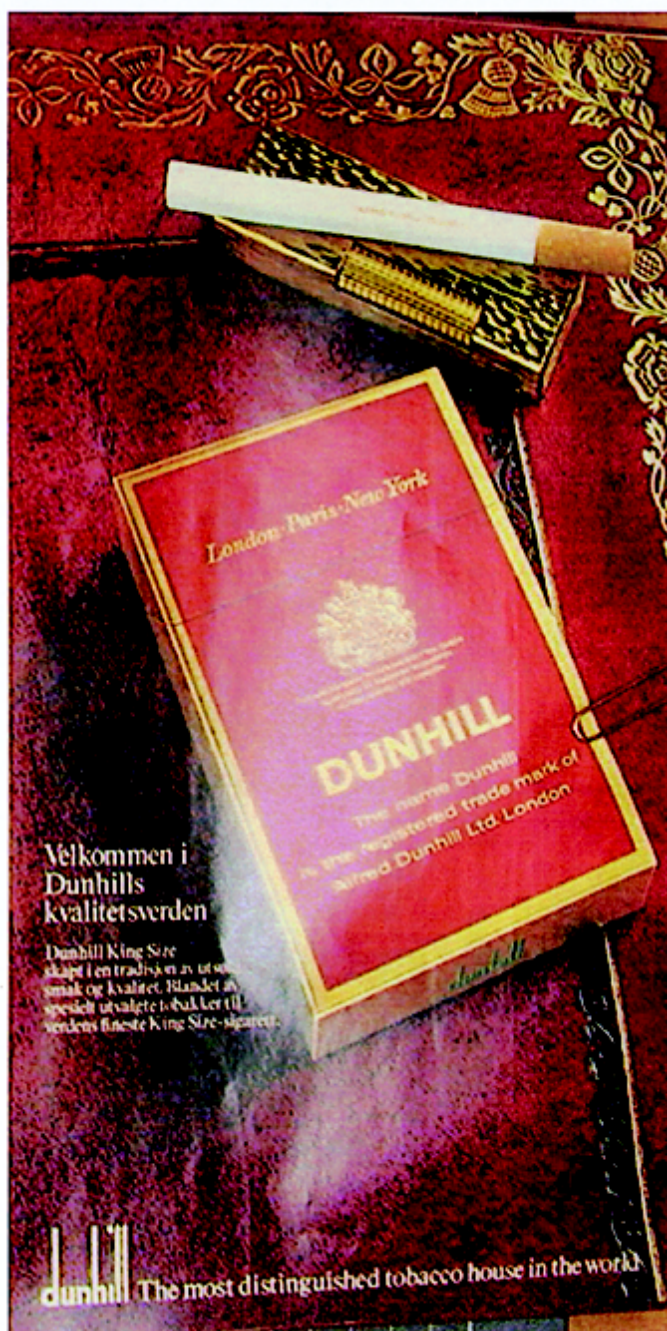
Klart Cooly  
er mest solgt!  
Aldri har De  
smakt en friskere  
og kjøligere  
sigarett!

MENTHOL - KING SIZE - FILTER

CONRAD LANGAARD A/S

75

Figur 6.22 Overlegent . Cooly, Conrad Langaard A/S, 1970. I reklamen hørte sigarettene med i skisporten.

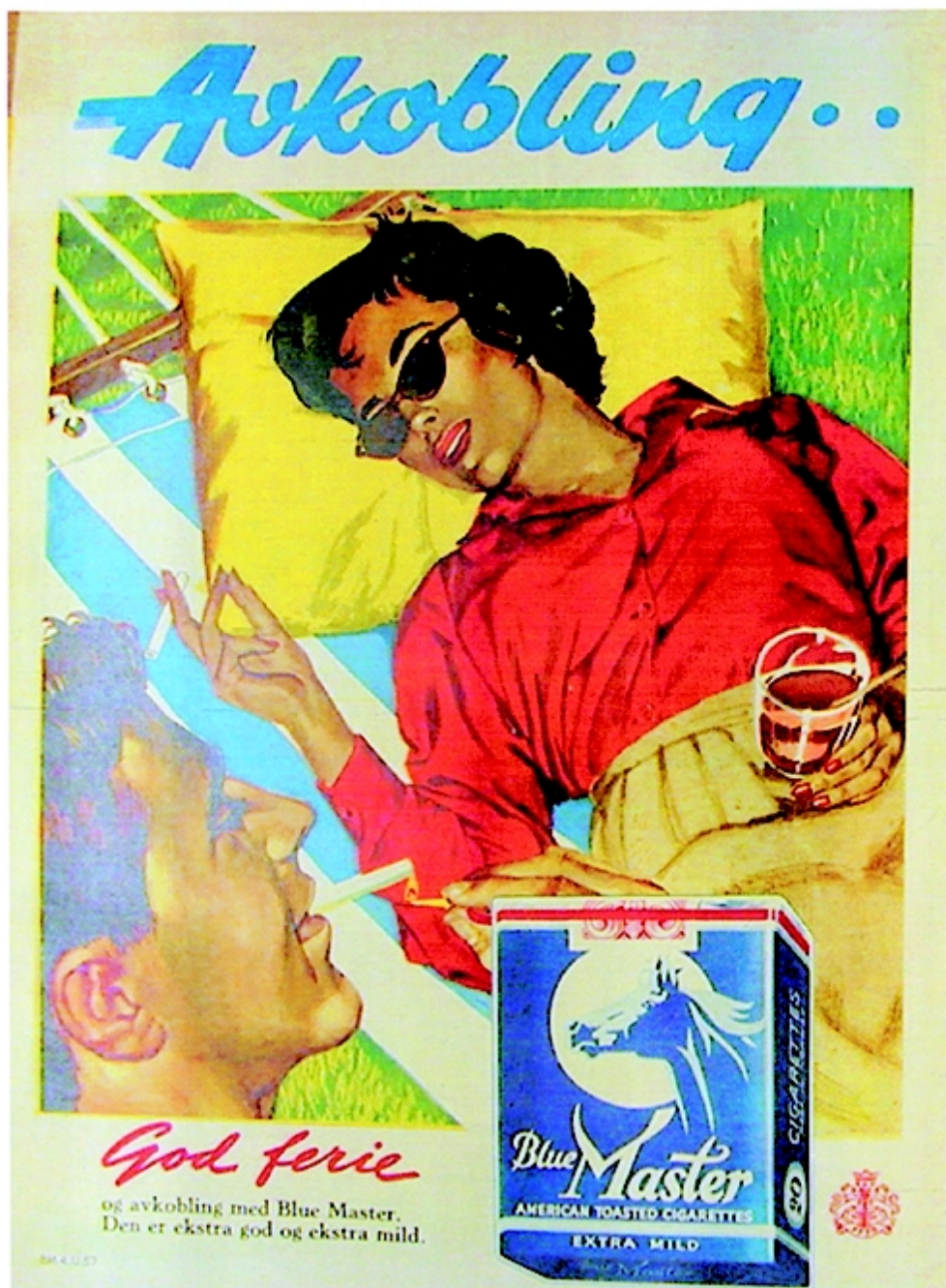


Figur 6.23 Velkommen i Dunhills kvalitetsverden. Gunnar Stenberg A/S, 1973. Importert fra Alfred Dunhill Ltd. Gulllighter, gullbord, gullrand i pakken konnoterer en distingvert og kultivert 'livsverden'.



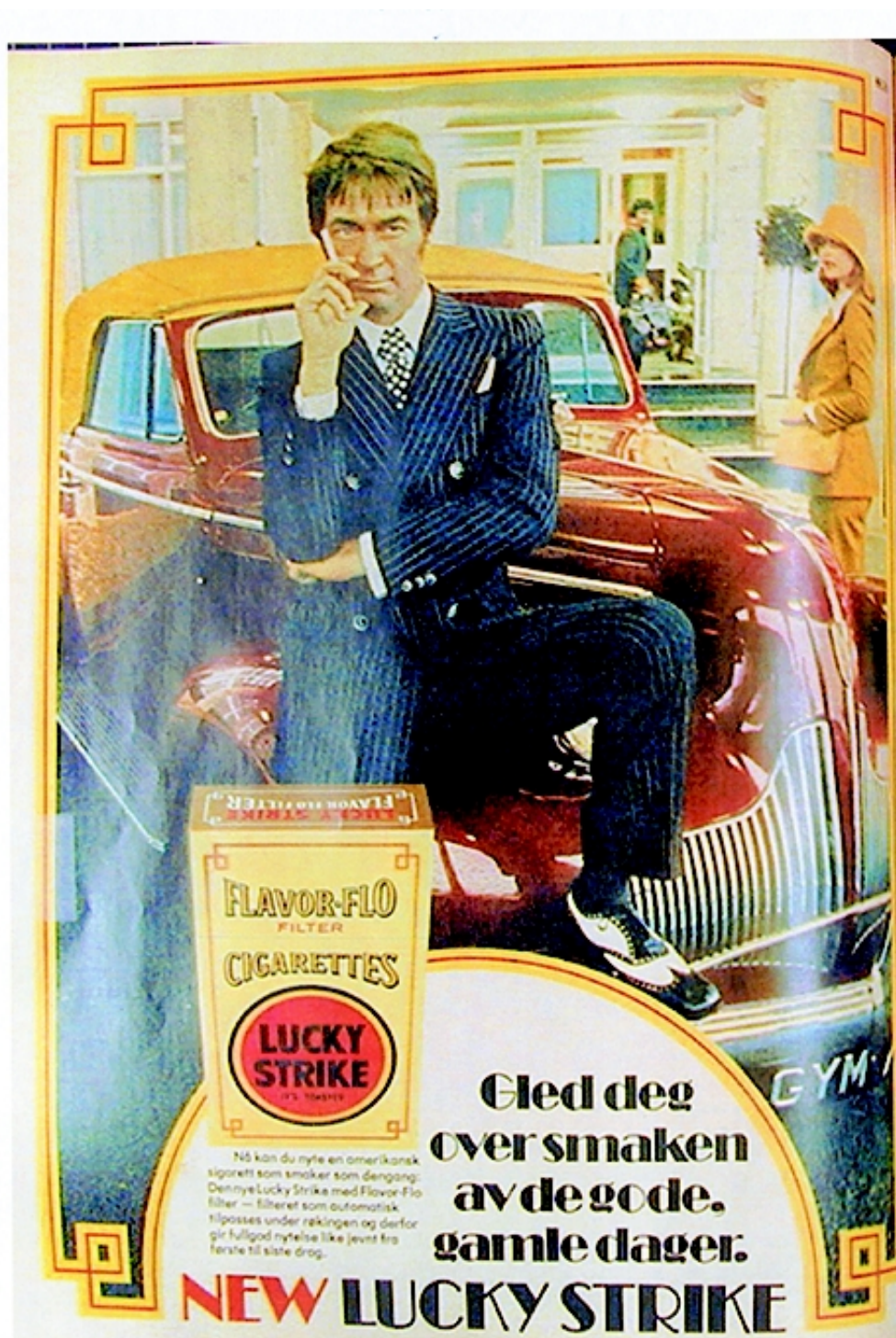
Figur 6.24 Det skal være hvit i år har vi hørt. Egberts, 1972. Tykk sigarett mellom fuktige, røde kvinnelepper gir assosiasjoner til sex.





Figur 6.25 Avkobling med Blue Master. J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1958. Nytelses-syk kvinne med solbriller, drink og sigarett horisonalt liggende i klassisk diva-positur mens hun beundres av en røykende mann. Tidlig kvinne-røyking var dristig og normovertredende.



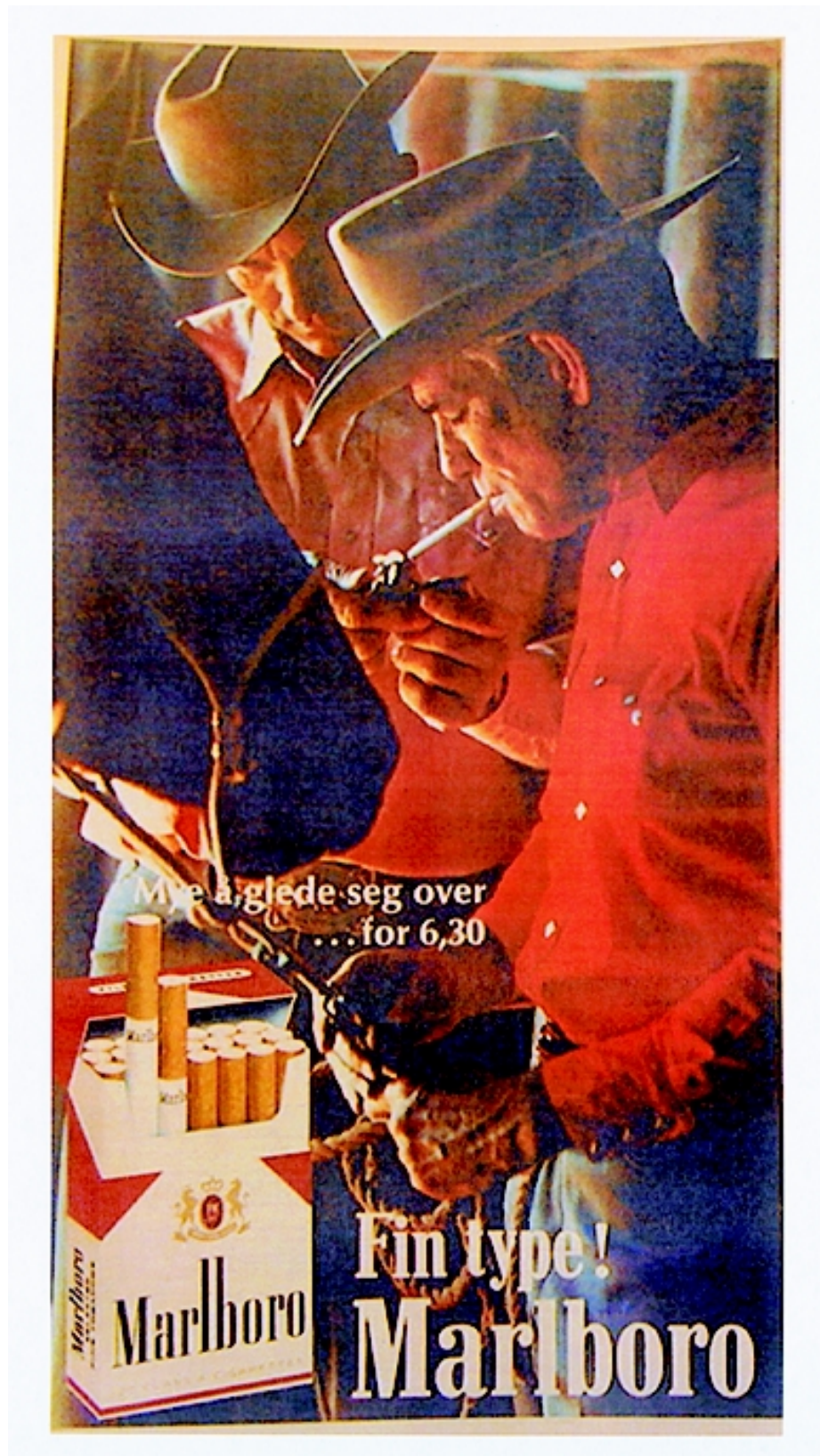


Figur 6.26 Lucky Strike, J.L. Tiedemanns tobakksfabrik, 1974. Produsert av Brown & Williamson. Med valget av sigaretter kan du uttrykke en kulturell kode.



Figur 6.27 Marlboro. Hvor folk i fremgang møtes er Marlboro med. Conrad Langaard A/S, 1966. Produisert av Philip Morris Inc. Signaliserer at røyking er utbredt og sosialt akseptert ..





Figur 6.28 Fin type! Marlboro. Conrad Langaard A/S, 1971. Cowboyen besøkte også Norge. Of course I smoke.

På oppdrag fra en av verdens største tobakksprodusenter, *Philip Morris*, utførte også professor Jon Hovi ved Institutt for Statsvitenskap, UiO en økonometrisk effektanalyse av tobakksreklamen. Hovi fant at reklamen hadde en signifikant og relativt høy effekt på etterspørselen. Dette resultatet førte til at oppdragsgiver ikke ønsket rapporten publisert (personlig meddelelse fra professor Jon Hovi mars 1998).<sup>1187</sup>

I utredningens punkt 5.4.4, ble det vist at andel dagligrøykere blant jenter og gutter i aldersgruppen 12–15 år nådde en topp i 1975. Den sterke reduksjonen i andel røykere blant ungdom begynner altså samtidig med reklamens opphør. Korrelasjonen kan tyde på en kausal sammenheng. Hypotesen styrkes ved at andre kjente påvirkningsfaktorer som prisnivå, skoleintervensjoner, holdningskampanjer og foreldrenes røyking endret seg lite i perioden fra 1975 til 1980 da andel røykere blant for eksempel 15 års gamle jenter gikk ned fra 28 % til 21 %.

Reklameforbudet førte ikke til at markedsandelene «frøs». Filtersigarettene hadde økt sin markedsandel fra 15 % i 1960 til 55 % i 1975, og veksten fortsatte etter reklameforbudet. Markedsandelene for de såkalte «milde» sigarettene økte kraftig i løpet av 1980-årene, og det har vært en bevegelse bort fra rulletobakk til fabrikkproduserte sigaretter. Dette tyder på at det også er andre årsaker enn reklame som beveger preferanser for de ulike tobakksproduktene.

## 5 Oppsummering

---

Undersøkelsene omkring tobakksreklamens effekter har tatt utgangspunkt i tre ulike forskningsparadigmer. De *økonometriske studiene*, som bruker salgsdata som effektvariabel, har funnet signifikante korrelasjoner mellom reklameintensitet og totalt forbruk. Fordi forskning har vist at tobakksreklame virker sterkest blant ungdom og kun i liten grad påvirker voksne, har bruken av salgsdata blitt kritisert for å være et for grovt mål på reklamens effekt. Den statistiske samvariasjonen som er påvist, er imidlertid kun en nødvendig og ikke en tilstrekkelig betingelse på at sammenhengen er kausal. Fra en annen plattform har derfor ulike longitudinelle *psykologiske undersøkelser* vist at ungdom som ble eksponert for tobakksreklame hyppigere begynte å røyke enn andre. En tredje posisjon – *den semiotiske* – mener at intensjonsanalyser av reklamens form- og uttrykksmåte gir den beste forståelse av reklamens betydning. Ved å tolke innholdet i tobakksreklamen hevder de at denne forsyner ungdom med et røykepositivt budskap og et forestillingsmateriale som inspirerer dem til selv å forsøke å røyke.

<sup>1187</sup>. Rapporten oppbevares hos konsulentfirmaet Consulta S., som var Hovis oppdragsgiver i Norge. Verken professor Hovi eller konsulentfirmaet vil utlevere rapporten.



Figur 6.29 Amerikansk som Winston. Conrad Langaard A/S, 1973. Fra 1986 overtatt av Gunnar Stenberg A/S. Indianeren besøkte også Norge.

Selv hevder tobakksindustrien at reklamen kun omfordeler markedsandeler og er uten virkning på det totale markedsvolum. De er blitt møtt med argumentet om at også tobakksmonopoler driver utstrakt reklamevirksomhet. Det ville også være lite logisk å bruke så mye penger på reklame dersom det likevel ikke øker salget.

Det er grunn til å tro at reklame har vært av betydning for etterspørselen etter tobakk også i Norge. Økningen i kvinnerøykingen i slutten av 1960-årene faller sammen med en periode hvor omfanget av reklame i norske ukeblad økte 600 %. Reduksjonen i andel unge som røyker, begynte når reklameforbudet ble satt i verk i 1975.

Både omfang og meningsinnholdet i norsk tobakksreklame endret seg etter at det ble satt et økende fokus på helseeffektene av røyking. Utgivelsen av rapporten fra den amerikanske helsedirektør om tobakk og helse i 1964, markerte et tidsskille for arbeidet mot tobakk. Det var nå etablert et sikkert empirisk grunnlag for sammenheng mellom røyking og en rekke sykdommer. 1964 er også det år som markerer en dramatisk økning i reklamens omfang. Volumet av tobakksreklame i Hjemmet og Norsk Ukeblad lå i perioden 1955–1964 på ca 100 dm<sup>2</sup> per år. Fra 1964 øker imidlertid reklamen med i gjennomsnitt 220 dm<sup>2</sup> per år til et omfang av over 2000 dm<sup>2</sup> i 1973.

Samtidig skjer det en endring i reklamens innhold. Fra å gi informasjon til røykere om pris, tobakkstype, pakning og framstillingsmåte, ble det mer vanlig å henvende til målgrupper utover røykerne med budskap om at produktene

var rene, naturlige og forfriskende. Filtersigarettene ble markedsført på en måte som innbyr til å tro at de skulle være et sikrere alternativ enn plain-sigarettene, og et alternativ for de røykere som overveide å slutte. Budskapet i tobakksreklamen hadde en stor distanse til innholdet i den helseopplysning myndighetene forsøkte å formidle i slutten av 1960-årene og begynnelsen av 1970-årene. I et nåtids perspektiv framtrer datidens reklame som villedende forbrukerinformasjon som sannsynligvis har bidratt til å uthule effekten av helseinformasjonen.

## 6 Litteratur

---

Aitken PP, Leather DS, O'Hagan FJ. Children's perceptions of advertisements for cigarettes. *Social Sciences and Medicine*, 21: 785–91, 1985.

Aitken PP, Leather DS, O'Hagan FJ. 'Brand-stretching' advertisements for cigarettes: the impact on children. *Health Education Journal*, 44 (4): 201–2, 1985.

Aitken PP, Leather DS, O'Hagan FJ, Squair SI. Children's awareness of cigarette advertisements and brand imagery. *British Journal of Addiction*, 82: 615–22, 1987.

Aitken PP, Eadie DR. Reinforcing effects of cigarette advertising on under-age smoking. *British Journal of Addiction*, 85 (3): 399–412, 1990.

Aitken PP, Eadie DR, Hastings GB, Haywood AJ. Predisposing effect of cigarette advertising on children's intentions to smoke when older. *British Journal of Addiction*, 86 (4): 383–90, 1991.

Alexander HM, Callott R, Dobson AJ, Hardes GR, Lloyd DM, O'Connell DL, Leedre SR. Cigarette smoking and drug use in school children: IV – Factors associated with changes in smoking behaviour. *International Journal of Epidemiology*, 12: 59–66, 1983.

Altman DG, Levine DW, Coeytaux R, Slade J, Jaffe R. Tobacco promotion and susceptibility to tobacco use among adolescents aged 12 through 17 years in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health* 86 (11): 1590–3, 1996.

Amos A, Jacobsen B, White P. Cigarette advertising policy and coverage of smoking and health in British women's magazines. *Lancet*, 337: 93–6, 1991.

Andrews RL, Franke GR. Time-Varying Elasticities of U.S. Cigarette Demand, 1933–1987. I: Bearden, W. (red.) *AMA Educators' Proceedings*, Chicago: American Marketing Association: 393, 1990.

Andrews RL, Franke GR. The Determinants of Cigarette Consumption: A Meta-Analysis. *Journal of Public Policy & Marketing* vol. 10 (1): 81–100, 1991.

Armstrong BK, de Klerk NH, Shean RE, Dunn DA, Dolin PJ. Influence on education and advertising on the uptake of smoking by children. *Medical Journal of Australia*, 152 (3): 117–24, 1990.

Arnett JJ, Terhanian G. Adolescent's response to cigarette advertisements: links between exposure, liking and the appeal of smoking. *Tobacco Control*; 7: 129–33, 1998.

Bandura A. *Social Learning Theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1977.



Batalgi BH, Levin D. Estimating the dynamic demand for cigarettes using panel data, the effects of bootlegging, taxation and advertising reconsidered. *Review of Economics and Statistics*, 68: 148–55, 1986.

Bergh M. Etterspørsel etter tobakk og tilpasningen til EF's indre marked i 1992. Spesialoppgave i økonometri ved hovedfagsstudiet i sosialøkonomi, Sosialøkonomisk institutt, UiO, 1989.

Bishop JA, Yoo JH. Health scares, exice taxes and advertising ban in the cigarette demand and supply. *Southern Economic Journal*, 52 (2): 402–11, 1986.

Bjartveit K, Lund KE. The Norwegian ban on advertising of tobacco products. Has it worked? Norwegian Cancer Society. Norwegian Health Association. Oslo, 1998.

Boddewyn JJ. Why do juveniles start smoking? Report. International Advertising Association, New York, 1987.

Boddewyn JJ. The effects of tobacco sales promotion on initiation of smoking. *Scandinavian Journal of Social Medicine* vol. 22 (3): 235–6, 1994.

Borden NH. The Economic Effects of Advertising. Richard D. Irwin Inc. Chicago, 1944.

Botvin GJ, Goldberg CJ. Smoking Behaviour of adolescents exposed to cigarette advertising. *Public Health Reports*, March-April, 108 (2): 217–24, 1993.

Burns DM, Lee L, Vaughan JW, Chiu YK, Shopland DR. Rates of smoking initiation among young adults, 1907–1981. Tobacco Control. An International Journal. Tobacco Control Policy Research in California. Supplement 1: S2–8. BMJ Publishing Group, 1995.

Chapman S, Fitzgerald B. Brand preference and advertising recall in adolescent smokers: some implications for health promotion. *American Journal of Public Health*, 72 (5): 491–4, 1982.

Chapman S. Advertising as a myth: A re-evaluation of the relationship of cigarette advertising and smoking. I: Leather DS, Hastings GB, O'Reilly KM, Davis JK. (red.) *Health Education and Media*. Pergamon Press: 79–83, Oxford, 1985.

Chapman S. *Great Expectations: Advertising and the Tobacco Industry*. London: Comedia Publishing Group, 1986.

Chapman S. The Limitations of Econometric Analysis in Cigarette Advertising Studies. *British Journal of Addiction*, 84 (11): 1267–74, 1989.

Chapman S. Unravelling gossamer with boxing gloves: problems in explaining the decline in smoking. *British Medical Journal* 307: 429–32, 1993.

Charlton A. Children's advertisements awareness related to their views on smoking. *Health Education Journal*, 45: 75–8, 1986.

Chetwynd J, Coope P, Brodie RJ, Wells, E. Impact of cigarette advertising on aggregate demand for cigarettes in New Zealand. *British Journal of Addiction*, 83: 409–14, 1988.

Childrens Research Unit (CRU). Juvenile smoking initiation: New Zealand. Report prepared for the Tobacco Institute of New Zealand. CRU, 1988.

Cook TD, Campbell DT. Quasi-experimentation. Design & analysis issues for field settings. Boston; Houghton Mifflin Company, 1979.

Dalla-Vorgia P, Sasco AJ, Skalkidis Y, Katsouyanni K, Trichopoulos D. An Evaluation of the Effectiveness of Tobacco-Control Legislative Policies in European Community Countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18: 81–9, 1990.

Davis RM. Current trends in cigarette advertising and marketing. *New England Journal of Medicine*, 316: 725–32, March, 1987.

DiFranza JR, Richards JW, Paulsen PM, Wolf-Gillespie N, Fletcher C, Jaffe RD, Murray D. RJR Nabisco's cartoon camel promotes Camel cigarettes to children. *JAMA*, Dec. 11; 266 (22): 3149–53, 1991.

Doherty W, Whitehead D. The social dynamics of cigarette smoking: A family systems perspective. *Family Process* 25: 453–9, 1986.

Duffy M. Advertising and the consumption of tobacco and alcoholic drinks: a system-wide analysis. *Scottish Journal of Political Economy*, 38: 369–85, 1991.

Elster J. *Forklaring og dialektikk*. Oslo; Pax forlag A/S, 1979.

Engleman S. The impact of mass media anti-smoking publicity. *Health Promotion vol. 2*, (1): 63–74, 1987.

Ernster V. Mixed messages for women: a social history of cigarette smoking and advertising. *New York State Journal of Medicine* 85: 335–40, 1985.

Evang, K. Sigarettøyking og helse. En redegjørelse fra helsedirektøren. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 84: 300–4, 1964.

Feghery E, Borzekowski DLG, Schooler C, Flora J. Seeing, wanting, owning: the relationship between receptivity to tobacco marketing and smoking susceptibility in young people. *Tobacco Control* 7 (2): 123–8, 1998.

Fine GA. The Psychology of Cigarette Advertising: Professional Puffery. *The Journal of Popular Culture*, 8: 513–22, 1974.

Fischer PM, Schwartz MP, Richards JW, Goldstein AD, Rojas TH. Brand logo recognition by children aged 3 to 6 years. Mickey Mouse and Old Joe the Camel. *JAMA*, Dec. 11; 266 (22): 3145–8, 1991.

Fishbein M, Ajzen J. Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research. Addison-Wesley, Reading, MA, 1975.

Fisher DA, Magnus P. «Out of the mouth of babes..» The opinions of 10 and 11 year old children regarding the advertising of cigarettes. *Community Health Studies* 5: 22–6, 1981.

Franke GR, Wilcox GB. Determinants of US cigarette consumption 1961–1988. Working Paper, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, 1990.

Fry JN. Personality variables and brand choice. *Journal of Marketing Research*, 8: 298–304, 1971.

Fujii ET. The demand for cigarettes: further empirical evidence and its implications for public policy. *Applied Economics*, 12: 479–89, 1980.

Godfrey C. Government Policy, Advertising and Tobacco Consumption in the U.K. A critical review of the literature. *British Journal of Addiction*, 81: 339–46, 1986.

Goldstein A. Relationship between high school children smoking and recognition of cigarette advertisements. *Journal of Pediatrics*, 110: 488, 1987.

Hamilton JL. The demand for cigarettes: advertising, the health scare and the advertising ban. *Review of Economics and Statistics*, 56: 401–11, 1972.



Hastings GB, MacKintosh AM. What can health promotion learn from cigarette advertising. I: Slama (red.), *Smoking and Health*. Plenum Press, 1995.

International Union Against Cancer. A manual on tobacco and young people for the industrialized world. Rapport. UICC, 1990.

Johnson LW. Advertising expenditures and aggregate demand for cigarettes in Australia. Research paper no. 302. Macquarie University, School of Economics and Financial Studies, June 1985.

Jones KE. *Women's Brands; Cigarette advertising explicitly directed toward women*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1987.

Kiltzner M, Gruenwald PJ, Bamberger E. Cigarette advertising and adolescents experimentation with smoking. *British Journal of Addiction*, 86: 287–98, 1991.

Krogh D. *Smoking. The Artificial Passion*. W.H. Freeman & Company, New York, 1991.

Lam TH, Chung SF, Betson CL, Wong CM, Hedley AJ. Tobacco advertisements: one of the strongest risk factors for smoking in Hong Kong students. *American Journal of Preventive Medicine* 14 (3): 217–23, 1998.

Lambin JJ. *Advertising, competition and market conduct in oligopoly over time*. North Holland Publishing, Amsterdam, 1976.

Laugesen M, Meads C. Advertising, price, income and publicity effects on weekly cigarette sales in New Zealand supermarkets. *British Journal of Addiction*, 86: 83–9, 1991a.

Laugesen M, Meads C. Tobacco advertising restrictions, price, income and tobacco consumption in OECD countries, 1960–1986. *British Journal of Addiction*, 86: 1343–54, 1991b.

Laugesen M. Tobacco advertising bans cut smoking. *British Journal of Addiction*, 87: 965–6, 1992.

Leeftang PSH, Reuijl JC. Advertising and industry sales: an empirical study of the West German cigarette market. *Journal of Marketing*, 49: 92–8, 1985.

Lewit EM, Coate D, Grossman M. The effects of government regulations on teenage smoking. *Journal of Law and Economics*, 14 (3): 545–69, 1981.

Lohof BA. The Higher Meaning of Marlboro Cigarettes. *Journal of Popular Culture*, 3: 443–50, 1969.

Lund KE. Samfunnsskapte endringer i tobakksvaner blant ungdom. I: Sanner T (red.) *Helsekonsekvenser ved røyking. Tobakk og barn. En rapport fra Sosialministeren: 51–70*. Sosialdepartementet, Oslo 1992.

Lund KE. Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre. Doktoravhandling. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo, 1996.

Lynch BS, Bonnie RJ. *Growing Up Tobacco Free. Preventing Nicotine Addiction in Children and Youth*. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington D.C., 1994.

Marklund U. Den onda jag inte vill, det gör jag. Rapport: 6, Socialstyrelsen. Stockholm, 1989.

McAuliffe RE. *Advertising, Competition and Public Policy*. Lexington Books, Lexington, Mass., 1987.

McGuinness, T, Cowling K. Advertising and the aggregate demand for cigarettes. *European Economic Review*, 6: 311- 28, 1975.

McGuire WJ. An information processing model of advertising effectiveness. I: Davis HL, Silk AJ. (red.): *Behavioural and management science in marketing*: 156–80. John Wiley, New York, 1978.

Meier KS. Tobacco truths: the impact of role models on children's attitudes toward smoking. *Health Education Quarterly*, 18 (2): 173–82, 1991.

Metra Consulting Group. The relationship between total cigarette advertising and total cigarette consumption in the UK. Metra, London 1979.

Nielsen T. Tobakk og reklame mellom krigene. I: Sejersted F, Strømme Svendsen A. (red.) *Blader av tobakkens historie. J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik 1778–1978*: 348–387. J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik og Gyldendals Forlag A/S, Oslo, 1978.

Nordgren P. Kvinnors rökning – hur argumenterar reklamen? I: *Socialstyrelsen h-rapport 23, Är rökning en kvinnofråga?*: 27–30. Socialstyrelsen, Stockholm 1987.

NOU 1974: 61 Reklame. Norges Offentlige Utredninger. Universitetsforlaget, 1974.

O'Connell DL, Alexander HM, Dobson AJ, Lloyd DM, Hardes GR, Springthorpe HJ, Leeder SR. Cigarette smoking and drug use in schoolchildren II: Factors associated with smoking. *International Journal of Epidemiology*, 10 (3): 223–31, 1981.

Pedersen SM. Sigaretter på det norske marked 1868–1990. *Arbeidsoversikt nr. 11. Del 1–7. The SMP Collection of Cigarette Packs*, Oslo, 1990.

Peles Y. Rate of amortization of advertising expenditures. *Journal of Political Economy*, 79: 1032–58, 1971.

Peters J, Betson CL, Hedlay A, Lam T, Ong S, Wong C, Fielding R. Recognition of cigarette brand names and logos by young children in Hong Kong. *Tobacco Control. An International Journal* vol. 4 (2): 150–155, BMJ Publishing Group, 1995.

Pierce JP, Gilpin E, Burns DM. Does tobacco advertising target young people to start smoking? Evidence from California. *JAMA* vol. 266: 3154–8, 1991.

Pierce JP, Lee L, Gilpin EA. Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988. An association with targeted advertising. *JAMA* vol. 271 (8): 608–11, 1994.

Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA*: 279 (7): 511–5, 1998.

Pollay RW. Sins and symbols in American cigarette advertising: a historical analysis of the use of 'Pictures of Health'. I: Larsen HH, Mick DG, Alsted C (red.) *Marketing and semiotics*. Handelshøyskolens forlag, Copenhagen, 1991.

Pollay RW. Exposure of US youth to television advertising in the 1960s. *Tobacco Control. An International Journal* 3: 130–5, BMJ Publishing Group, 1994.

Pollay RW. Cigarette advertising and marketing strategies. How this information can be used in litigation. I: Slama K. (red.) *Tobacco and health*: 495–6. Plenum press, New York, 1995.

Porter RH. The impact of Government policy on U.S. cigarette industry. I: Ippolito PM, Scheffman DT. (red.) Empirical approaches to consumer protection economics. Federal Trade Commission, Bureau of Economics Conference: 447–84, March 1986.

Pucci LG, Siegel M. Exposure to brand-specific cigarette advertising in magazines and its impact on youth smoking. *Preventive Medicine* 29 (5): 313–20, 1999.

Radfar M. The effect on advertising on total consumption of cigarettes in the UK. *European Economic Review*, 29: 225–31, 1985.

Redmond WH. Effects on sales promotion on smoking among US ninth graders. *Preventive Medicine*. 28 (3); 243–50, 1999.

Reuijl JC. On the determination of advertising effectiveness. An empirical study of the German cigarette market. The Netherlands: Kluwer-Nijhoff Publishing, 1982.

Rimpelä MK, Aarø LE, Rimpelä AH. The effects of tobacco sales promotion on initiation of smoking – experiences from Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, suppl. 49, 1993.

Roberts MJ, Samuelson L. An empirical analysis of dynamic, non-price competition in an oligopolistic industry. *Rand Journal of Economics*, 19 (2): 200–20, 1988.

Roumbouts K, Fouconnier G. What is learnt early is learnt well? A study of the influence of the tobacco advertising on adolescents. *European Journal of Communication*, 3: 303–22, 1988.

Schmalensee RL. On the economics of advertising. North Holland Publishing: Amsterdam, 1972.

Schneider L, Klein B, Murphy KM. Governmental regulation of cigarette health information. *Journal of Law and Economics*, 24: 575–612, 1981.

Schudson M. Advertising. The uneasy persuasion. Its dubious impact on American society. Routledge, London, 1993.

Seldon BJ, Doroodian K. A simultaneous model of cigarette advertising: effects on demand and industry response to public policy. *Review of Economics and Statistics*, 71: 673–7, 1989.

Skretting K. Reklamefilm. Norsk reklame i levende bilder 1920–1990. Universitetsforlaget, Oslo, 1995.

Smee C. Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence. Report. Economics & Operational Research Division. Department of Health, UK. October 1992.

Smith JW. Smoke Signals. Cigarettes, Advertising and the American Way of Life. University of North Carolina Press, Chapel Hill, North Carolina, 1990.

Smith G. The effects of tobacco advertising on children. *British Journal of Addiction*, 84 (11): 1275–7, 1989.

Starr ME. The Marlboro Man: Cigarette Smoking and Masculinity in America. *Journal of Popular Culture* vol. 17 (4): 45–57, 1984.

Statens tobakkskaderåd. Opp i røyk. Om tobakksbruk i Norge gjennom 20 år, 1973–1993. Rapport. Statens tobakkskaderåd, Oslo, 1994.

Taylor P. Smoke Ring. The Politics of Tobacco. The Bodley Head, London, 1984.

Tegene A. Kalman filter and the demand for cigarettes. *Applied Economics*, 23: 1175-82, 1991.

JL Tiedemanns Tobaksfabrik & Skandinavisk Tobakskompagni A/S. Prince, 1989.

Tobacco Advisory Council. The case for tobacco advertising. London Advisory Council, 1985.

Toxic Substances Board. Health or Tobacco – An end to tobacco advertising and promotion. Wellington: Department of Health, Publications Division, Government Printing Office, Washington D.C., 1989.

US Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General, 1989. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centres for Disease Control, Centres for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989.

Utvalget For Forskning i Røykevaner (UFFIR), oppnevnt av Landsforeningen mot Kreft etter anmodning av helsedirektøren. Påvirkning av røykeatferd. Oslo/Columbia, April, 1967

US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General, 1994. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.

Vegsund, O. Tobakkskonsum og reklameforbud. Spesialoppgave i økonometri ved hovedfagsstudiet i sosialøkonomi, Sosialøkonomisk institutt, UiO, 1982.

Veiteberg J, Økland E. Reklamebildet. Norske annonsar og plakatar frå århundreskiftet til i dag. Det Norske Samlaget, Oslo, 1986.

Von der Lippe B. Reklame i grenselaus knoppskyting. Det Norske Samlaget, Oslo, 1995.

Warner KE. Cigarette advertising and media coverage of smoking and health. *New England Journal of Medicine*, 312: 384-8, February, 1985.

Warner KE. Tobacco industry response to public health concern: a content analysis of cigarette ads. *Health Education Quarterly*, 12 (2): 115-27, 1985.

Warner KE, Goldenhar LM. Targeting of cigarette advertising in US magazines, 1959-86. *Tobacco Control. An International Journal* vol. 1 (1): 25-30, BMJ Publishing Group, 1992.

Warner KE, Goldenhar LM, McLaughlin CG. Cigarette advertising and magazine coverage of the hazards of smoking: a statistical analysis. *New England Journal of Medicine* 32b (5): 305-9, 1992.

Witt SF, Pass CL. The effects on health warnings and advertising on the demand for cigarettes. *Scottish Journal of Political Economy*, 28: 86-91, 1981.

Yankelovich S. A study of cigarette smoking among teenage girls and young women. US Department of Health, Education and Welfare. DHEW Publication No. (NIH): 77-1203, 1977.

Young, T. The demand for cigarettes: alternative specifications of Fujii's model. *Applied Economics*, 15: 203- 11, 1983.



Figur 6.30 På gjensyn! H. Petterøe Tobakkefabrikk, juni, 1975. En siste hilsen fra bulldogen til Petterøe før reklameforbudet satte en stopper for all reklame.

**Vedlegg 7****Gjennomgang av Aftenposten 1950–1974***Av Arne Skjerdal og Marit T. Carlsen***1 Prosjektbeskrivelse**

---

Som en del av utredningsprosjektets undersøkelser av hvordan den norske tobakksindustrien har opptrådt utad, har det vært av interesse å gå gjennom avisen Aftenposten, både morgen- og aftenutgaven. Spørsmål som det har vært særlig aktuelt å se nærmere på, er blant annet i hvilken grad Aftenposten har omtalt de medisinske forskningsresultatene om helsefarer forbundet med tobakksbruk som begynte å komme i 1950-årene, eventuelt hva talsmenn for tobakksindustrien opp gjennom årene har uttalt i helsedebatten, og i hvilken grad tobakksprodukter er blitt annonsert i Aftenposten.

Gjennomgangen av Aftenposten dekker foreløpig perioden 1950 til 1974.

I det følgende gis det først en oversikt over hovedfunnene i undersøkelsen, deretter en kortfattet kronologisk gjennomgang av sitater fra overskrifter/hovedavsnitt fra aktuelle avisartikler.

**2 Oversikt over hovedfunnene**

---

**2.1 Perioden 1950–1954****7.2.1.1 Helsespørsmålet**

1950-årene starter med forsiktige antydninger fra direktøren ved Radiumhospitalet, professor dr. med. Reidar Eker, om en mulig sammenheng mellom røyking og lungekreft.

I oktober 1953 offentliggjøres et referat fra en større medisinsk konferanse i København der det ble lagt frem flere undersøkelser som tyder på en sammenheng.

13. februar 1954 refereres en britisk ekspertrapport som konkluderer med at det utvilsomt må være en sammenheng.

Den 27. februar 1954 står en sentral artikkel. Det refereres til den danske professor Engelbreth-Holm som uttaler seg etter et internasjonalt møte i New York med 30 forskere. Det var der enighet om at det ikke lenger kunne være tvil om at det var en sammenheng mellom røyking og lungekreft, *fordi man nå kan skille ut lungekreft som følge av røyking som en spesiell krefttype*.

I juni 1954 uttaler prof. dr. med. Leiv Kreyberg at det er en sammenheng mellom livsstil og lungekreft, og han konstaterer videre en sammenheng mellom mengden av sigaretter og økt risiko.

Av Aftenpostens artikler er det intet som tyder på at de norske tobakkselskapene blir konfrontert med spørsmålet om hvorvidt tobakksbruk er helseskadelig, og tobakkselskapene tar heller intet initiativ til å uttale seg om dette. De eneste ytringer som har vært å finne i Aftenposten fra den norske tobakksindustrien i denne perioden, har vært i form av kjøpt reklame.

### **7.2.1.2 Tobakksreklame**

Det synes å være ganske begrenset med tobakksreklame i Aftenposten i denne perioden. Det er noe tobakksreklame i slutten av 1952. I 1953 og 1954 økte annonsene, både i antall og størrelse. Tobakksreklamen i Aftenposten ser alltid ut til å kombinere bilde og tekst.

*Eksempler på reklametekst:*

- «Over til South State Cigarettes»
- «Ta med en pakke Ascot – det vil hun like»
- «Filter er tingen – og Ascot er sigaretten»
- «BLUE MASTER – extra mild – American Toasted Cigarettes»
- «God tur med BLUE MASTER. Dens mildhet er dens styrke»
- «Sigaretten alle søker – SAS – en sigarett i verdensklasse»
- «Min Hobby»
- Liker De ren, mild tobakk? Denne er noe for seg selv; en virkelig fin og fullverdig tobakk som smaker og dufter av ekte vare, landets mest solgte merke. TIEDEMANNS GUL ER GULL VERDT!»
- «Craven 'A' – irriterer ikke»

## **2.2 Perioden 1955–1959**

### **7.2.2.1 Helsespørsmålet**

Siste halvdel av 1950-årene er preget av oppfordringer fra medisinsk hold om å advare barn og ungdom mot å begynne å røyke.

Typisk for 1950-årene i sin helhet er at det er kun fra medisinsk hold at temaet tobakk og helseskader diskuteres. Menigmann synes ikke å være særlig påvirket eller engasjert. Riktignok refererer Aftenposten den 26. oktober 1957 en gallupundersøkelse som viser at hver ellefte sigaretttrøyker, røyker mindre på grunn av advarslene om lungekreftisiko, men samtidig viser undersøkelsen at antallet sigaretttrøykere er økende.

### **7.2.2.2 Tobakksreklame**

Den økende tendens til annonsering i avisen fortsatte etter 1954. I mange utgaver er det inntatt -siders annonser på førstesiden av avisen. Blant de mest aggressive annonsene kan kanskje sies å være den som fabrikanten Conrad Langaard sto for ved sitt sigarettmerke «Frisco».

Under slagordet: «Frisco – De finner ingen likere enn to Frisco», arrangerte Conrad Langaard en «tvillingkonkurranse» hvor de likeste tvillinger skulle kåres. Konkurransene ble holdt på Ullevål Stadion, Chat Noir og Regnbuen. Annonseringen i Aftenposten var på førstesiden den 10. september 1955.

## **2.3 Perioden 1960–1964**

### **7.2.3.1 Kort om helsespørsmålet**

I det store og hele er det lite om tobakk og helsespørsmålet i perioden 1960 til 1964. Året 1964 står imidlertid i en særstilling. I forbindelse med offentliggjørelsen av den amerikanske og den norske rapporten om helseskadelige virkninger av tobakksbruk dette året, var det flere artikler om hels-

espørsmålet. Det var også en begynnende diskusjon om det burde innføres advarselsmerking på tobakkspakninger og om tobakksreklamen burde begrenses. Det vises til den kronologiske oversikten i punkt 3 nedenfor om artikler fra denne perioden. Se også punkt 2.4 nedenfor om debatten om å innføre reklamerestriksjoner.

#### **7.2.3.2 Reklame/markedsføring**

I hele perioden er det en meget omfattende markedsføring for alle tobakksmerkene, men spesielt for Blue Master, South State, Frisco, Craven A, Long Run, Long Fellow, Plaza, Ascot, John Silver, Peer Export, Savoy, Big Ben, Seven Seas, Monte Carlo, Black Prince, Teddy, Long Life, Rothmans King Size, Pall Mall og Cooly, samt for pipe- og rulletobakk.

Et gjennomgangstema i tobakksreklamen er fremhevelse av tobakkens renhet, mildhet, og bruken av filter og filtertechnologi.

*Eksempler på reklametekst:*

- *Blue Master*: «Tiedemanns ledende sigarett»
- *South State*: «...Riktig aroma som gir riktig nytelse, fordi tobakken også er riktig blandet. Tenn den, og nyt røyken som er ren hele sigaretten igjennom» «... en ren sigarett», «De kan ikke la være å like den.» «I gamle dager brukte mange tobakk fordi det virket ganglig på fordøyelsen. I dag vet alle at ren, fin tobakk har en god virkning på sinn og humør. Hold på humøret med en god røyk!» «Ingen røyk stimulerer og gleder som den!» «Ren tobakk fra ende til annen ... Et omhyggelig utvalg av de fineste tobakksorter, fermentert og tilberedt under nøyaktig kontroll.»
- *Craven A*: «Smakfull kombinasjon av riktig filter og en ren utvalg tobakk» «Craven A filter er en moderne representant for en tobakkhandling som har 150 års ubrutt og stolt tradisjon bak seg»
- *Long Run*: «Den første filtersigaretten i Norge – Long Run er den beste i lengden. Ja, fordi den er så ren og fin i smaken.»
- *Long Fellow*: «Lange sigaretter smaker bedre.»
- *Egberts*: «Den er lett, velsmakende, og irriterer *ikke* halsen.»
- *Plaza*: «filtertrimmet \*king size\* av tobakker med særlig rik aroma 1. Riktig smak. 2. King Size. Røken blir renere. 3. Filtervalg.
- *Ascot*: Ascot er behagelig, utsøkt toasted sigarett med den rette, fyldige tobakksmak.
- *John Silver*: «Ingen tvil ... Ikke uten grunn – Nordens mest solgte sigarett. Annonseutformingen viser en røykende person i bil med kjørehansker, pianospiller. (Annonsen er utformet som en konkurranse hvor leseren må svare og premien er 1000 jazz plater. Annonsen gjentas flere ganger utover i 1964).
- *Savoy*: «Savoy med aktivt dobbeltfilter gir renere og mildere tobakksmak» «Aktivt dobbelt-filter med absorberende kullstoff. ... Ett snehvitt fiberfilter med tusenvis av ørsmå celler og ett spesial crepe-filter med aktiv absorberende kullstoff. Denne sammensetning representerer det aller siste fremskritt på filtersigarettenes område...»
- *Monte Carlo*: «Toasted med mildere menthol smak».



- *Teddy* : «Teddy er 50 år og vinner stadig nye venner.» «Fordi dagliglivets tekniske revolusjon ikke kan gjøre en utsøkt sigarett bedre. Fordi Tiedemanns Teddy traff den riktige smak fra første stund og gir den kresne røker den reneste virginia..»
- *Pall Mall* : «Favoritten Pall Mall får FILTER» «...med den samme fyldige smak og den samme King Size-nydelsen som har gjort Pall Mall til favoritten verden over ... .»
- *Big Ben* : «Tenn en Big Ben og kjenn hvordan den i hvert eneste drag gir Dem alle de fine smaksnyanser i tobakken» «Big Ben har høyporøst sigarettpapir. Millioner av mikroskopiske porer i papiret slipper igjennom den riktige mengde luft og gjør røken sval og mild... .» «Air softened... .»
- *Eventyr blanding* : «Tre avgjørende ting for en god tobakk er: 1. De beste vellagrede råtabakker som kan skaffes. 2. Riktig blanding- og behandlingsmåte. 3. Sausen – et utdrag av frukter som ikke angriper halsen.»
- *Continent* : «Helst en Hirschsprung, Prøv en Continent, Ren – mild – behagelig»

## 2.4 Perioden 1965–1969

### 7.2.4.1 Generelt om helsespørsmålet

Denne perioden skiller seg ut fra 1950-årene og begynnelsen av 1960-årene, ved at det hyppigere trykkes artikler om skadevirkningene ved bruken av tobakk. Artikkene er gjennomgående gitt større spalteplass og er mer synlige enn tidligere. Artikkene fokuserer primært på sammenhengen mellom røyking og lungekreft, men i viss grad omtales også risikoen for at røykere kan utvikle hjerte-kar-sykdommer, emfysem og kronisk bronkitt.

I større grad enn tidligere er artikkene sikrere og mer bastante i sin presentasjon av legevitenenskapens konklusjoner om at tobakksbruk kan være helseskadelig. Eventuelle motargumenter i helsedebatten er fraværende i Aftenposten.

De helsemessige skadevirkningene av jevnlig tobakksbruk, påvist fra medisinsk hold i inn- og utland, er i ferd med å bli en del av tidens samfunnsdebatt. Tiltak for å få redusert den gjeldende tobakksbruk og for å hindre ny rekruttering, fremmes ikke lenger bare av faginstanser, men kommer også fra politisk hold.

### 7.2.4.2 Tobakksindustriens uttalelser i forbindelse med sin motstand mot reguleringstiltak

I denne perioden diskuteres det om tobakksavgiftene skal økes og om det skal innføres reklameinnskrenkninger. Tobakksindustrien går sterkt imot slike tiltak. For eksempel refererer Aftenposten 29.9.67 en uttalelse fra Tobaksfabrikernes Landsforening til Helsedirektoratet, avgitt i forbindelse med en del tobakksrestriktive forslag som var fremmet av «Utvalget for forskning i røkevaner».

I forbindelse med forslaget om avgiftsøkning, innvender Tobaksfabrikernes Landsforening at det vil medføre en økning i sigarettsmuglingen. Videre fremmes det innsigelser mot en avgiftsbelastning gradert etter sigarettens

innhold av tjære og nikotin, under henvisning til at dette vil by på nesten uløselige praktiske problemer fordi tobakksplantens egenskaper ikke er konstante.

Til diskusjonen om å innføre et forbud mot tobakksreklame, uttaler Tobakksfabrikernes Landsforening at et forbud neppe vil få noen særlig virkning på det totale forbruk av tobakk, da reklamen i Norge er av beskjedent omfang og først og fremst er ledd i konkurransen mellom merkene. Fabrikantene erklærer seg for øvrig villige til å delta i en offentlig oppnevnt ekspertgruppe som på fritt grunnlag kan arbeide for å redusere skadevirkninger av røykingen. I denne forbindelse hevdes det av Tobakksfabrikernes Landsforening, i motsetning til utvalget for forskning i røkevaner, at bruk av filter kan gi fordeler.

Landsforeningen uttaler ellers at tobakken er et nytelsesmiddel som de aller fleste kan ha glede av uten skadevirkninger. En ensidig negativ innstilling til tobakken kan, ifølge Landsforeningen, ikke være riktig. Det understrekes imidlertid fra foreningen at man fortsatt må arbeide for å oppklare de mekanismer som kan være til skade for røykerne, slik at skadevirkningene så vidt mulig kan elimineres.

#### **7.2.4.3 Reklame og uttalelser om reklame og filterteknologi**

I Aftenposten 30.9.67 omtales et TV-program fra kvelden før, «Idag snakker vi om», hvor det ble diskutert hvor langt man burde gå for å redusere tobakksforbruket i Norge. Blant debattdeltagerne var fabrikeier Joh. H. Andresen (Tiedemanns Tobakksfabrik). Om tobakksfabrikantenes reklame uttalte Andresen at norske fabrikker ikke henvender seg til publikum for å verve røykere, men at reklamen gjelder konkurransen mellom de enkelte merker. Andresen opplyste at norske fabrikker for lengst hadde sluttet med reklame som er rettet mot barn og ungdom. Videre opplyste Andresen at norske fabrikker heller ikke har påstått at filterbruk reduserer mengden av tjære og nikotin i sigaretten, slik man ser i annonser fra utlandet.

Som det fremgår av punkt 2.4.2 ovenfor refererte Aftenposten dagen før en uttalelse fra Tobakksfabrikernes Landsforening, hvor det ble understreket at bruk av filter nettopp kunne gi fordeler. Denne uttalelsen ble riktignok ikke gitt i reklame, men i forbindelse med tobakksrestriktive forslag fra «Utvalget for forskning i røkevaner». Men også i forbindelse med tobakksreklame forekom det undertiden en fremhevelse av filterteknologi, riktignok uten uttrykkelig påberopelse av helsefordeler. Et eksempel kan være reklame for sigarettmerket Ascot i 1950-årene, hvor teksten utgjorde ulike variasjoner over filtertemaet:

#### *Eksempel 1:*

«Ta med en pakke Ascot – det vil hun like! I Amerika har over 20 % av sigarettene Filtertip. I henhold til de siste rapporter fra Amerika øker salget av filtersigaretter stadig og utgjør nå hele 20 % av salget. Her i landet viser salget av Ascot at vi har det samme økende behov for en moderne filtersigarette. Filter er tingen – Ascot er sigaretten! JL Tiedemanns Tobakksfabrik»

*Eksempel 2:*

«Salget av Filtersigaretter øker stadig og utgjør nå over 20 prosent av det totale sigarettssalg. Filter er tingen og Ascot er sigaretten»

I 1972 uttalte direktør Ulf Johns i J. L. Tiedemanns Tobaksfabrik og direktør Thorleif Løchen i Conrad Langaard A/S følgende om filterfordeler i et intervju med Aftenposten, inntatt 5.1 72 (side 5), i forbindelse med forslaget om å innføre et forbud mot tobakksreklame:

«– Vi vil gjerne påpeke et ganske interessant fenomen til sist, sier direktørene Johns og Løchen. – Det er påvist at filtersigaretter vanligvis reduserer innholdet av nikotin og tjære. Det norske salg av filtersigaretter utgjør ca. 60 prosent av den totale omsetning. Dette hadde ikke vært mulig uten reklame. Men en slik reklame vil det, hvis forbudet innføres, ikke bli mulig å drive.»

**7.2.4.4 Reklame for tjærereduksjon ved «TAR GARD»**

På Aftenpostens førsteside 2.12.66 annonserer «Tar Gard Distribution in Norway» en ny innretning som hevdes å redusere tjæremengden som røykeren får i seg. Overskriften lyder: «Viktigste nyhet som er lansert for å beskytte sigaretttrøkere». Reklamen har form som en vitenskapelig artikkel hvor det nøye forklares hvordan «Tar Gard» virker. Det forklares blant annet at «Tar Gard» ser ut som et sigarettmunnstykke, og at den stopper tjæreparkler som filter ikke klarer. Det heter videre at «Tar Gard» er den eneste sikkerhetsforanstaltning som kan fjerne inntil 80 % av de farlige høytempererte tjærestoffene i sigaretten. Det hevdes at «Tar Gard» bidrar til å beskytte røykeren mot alvorlige lunge- og ånderettsbesværigheter og at det reduserer risikoen for å få sigaretthoste.

Det sies at røykeren selv kan konstatere at tjæreparklene blir oppsamlet og bli forvissnet om at de «sunnhetsfarlige forekomster» stanses før de trenger inn i lungen. «Tar Gard er enkel å rense. Plastmunnstykket trekkes ut, og tjæren tørkes vekk eller skylles av under varmt vann.»

**2.5 Perioden 1970–1974****7.2.5.1 Generelt om helsespørsmålet**

Trenden fra foregående periode, nemlig at legfolk og offentlige etater tar til orde for tiltak for å begrense adgangen til bruken av tobakk, forsterkes.

Begrepet «passiv røyking» får en sentral plass i mange debatter og utredninger hvilket gir seg utslag i røykfrie soner i langt flere sammenhenger enn tidligere. Eksempler på dette er opprettelsen av røykfrie seter i fly, forbud mot tobakksbruk på forstadsbaner, separate røykerom på arbeidsplasser, røykeforbud i kommunestyremøter, etc.

**7.2.5.2 DDT-saken i 1971–72**

Aftenposten 6.7.1971 hadde følgende oppslag på førstesiden: «DDT i norsk tobakk.» I artikkelen (første og siste side) heter det blant annet at:

«Norges største produsent av tobakksvarer J. L. Tiedemanns Tobaksfabrik vil øyeblikkelig ta kontakt med sine leverandører for å under-

søke om det føres effektiv kontroll med DDT-innhold i råtabakken. – Hvis leverandørene ikke foretar slik kontroll vil vi opprette et eget kontrollorgan, opplyser fabrikkeier Johan H. Andresen til Aftenposten.

Initiativet taes efter at to svenske forskere har funnet et forholdsvis høyt innhold av giften DDT i svensk tobakk. Den ene av de to forskere, Svante Odén, opplyser til Aftenposten at DDT-innholdet i svensk tobakk er gjennomsnittlig 10–15 ganger større enn hva Sveriges næringsmiddelkontroll tillater. Den svenske undersøkelsen viser at giften hyppigst forekommer i amerikansk tobakk. USA er den største eksportør av råtabakk til både Norge og Sverige.

– Svenske forhold kan ikke uten videre overføres til oss, sier fabrikkeier Andresen. For vårt vedkommende er det blant annet tale om tobakksblandinger, forskjellige fra svenske. DDT-innholdet i den tobakk som markedsføres i Norge er ikke kjent, men det er grunn til å anta at giften finnes i relativt store mengder også i norsk tobakk, da man benytter samme eksportør, som sprøyter sine planter med DDT.

I Aftenposten 10.3.72 er det en ny artikkel om denne saken, under overskriften: «Også DDT i tobakken. USA verst, viser svensk undersøkelse. I artikkelen meldes det blant annet:

«Tobakkssvarer som selges i Sverige har et altfor høyt innhold av DDT, viser en undersøkelse foretatt av Universitetet i Uppsala. DDT-innholdet i tobakkssvarer fra svenske fabrikker ligger fra 10 til 50 ganger høyere enn det tillatte maksimum i næringsmidler. Røkere får i seg DDT gjennom tobakk, og undersøkelser viser at det fines betydelige mengder DDT i morsmelken hos diende kvinner som røker.

Opptil 40 prosent med DDT er funnet i fett i morsmelken hos røkende kvinner enn hos ikke-røkende, men materialet på dette felt er for lite til at undersøkelsens leder, professor Svante Odén, kan fastsette bestemte prosenttall som normale hos røkere.»

På bakgrunn av DDT-saken hadde Aftenposten dagen etter, 11.3.72, en artikkel med overskriften «Også kadmium påvist i tobakk. Trolig betenkelige langtidseffekter». I artikkelen sies det blant annet:

«– Sigaretttrøyk har mange andre skadelige komponenter som burde avskrekke mye mer enn nettopp DDT, sier overlege Johannes Barstad i Giftnevnden til NTB, i forbindelse med meldingen om høyt DDT-innhold i tobakkssvarer på det svenske marked. Det er for eksempel påvist kadmium i tobakken, og dette giftstoff kan gi meget betenkelige langtidseffekter som høyt blodtrykk, leverskader og andre sykdommer av indremedisinsk karakter.

– Vi kjenner lite til bivirkningene av DDT på mennesker som har fått i seg giften over et lengre tidsrom. Vi mener at det kan ha uheldige langtidsvirkninger på sentralnervesystemet, men sikre forskningsresultater kan vi ikke legge på bordet, sier overlegen.»

### **7.2.5.3 Reklameforbudet**

I både inn- og utland debatteres det aktivt om det skal innføres restriksjoner på tobakksreklame. Talsmenn for tobakksindustrien fastholder sin motstand mot forslaget om reklameforbud. I et intervju med Aftenposten, inntatt 5.1 72, fremholdes det fra flere talsmenn for den norske tobakksindustri at et reklameforbud har mange minussider.

Direktør Thorleif Løchen i Conrad Langaard A/S understreker at forslaget om reklameforbud vil kunne hindre informasjonsvirksomhet, og viser i denne forbindelse til at tobakksforbruket er gått noe ned fordi forbrukerne er blitt mer oppmerksomme på skadevirkningene. Løchen viser også til den alminnelige ytringsfrihet, og at et reklameforbud synes urimelig overfor en vare som det er tillatt å produsere og omsette.

Direktør Ulf Johns i J. L. Tiedemanns Tobaksfabrik viste til at det er mer hensiktsmessig med frivillig påtatte restriksjoner for tobakksindustrien, og at et reklamforbud vil virke diskriminerende for norske merker ettersom utenlandske merker har 60 prosent av salget i Norge. Videre uttalte direktør Johns til Aftenposten blant annet:

«– Efter at videnskapen kom frem til at tobakk kan være helseskadelig, har tobakksindustrien verden over beskjeftiget seg meget med problemet, sier direktør Johns hos J. L. Tiedemanns Tobaksfabrik.

– Her i Norge har vi frivillig inngått en avtale hvorefter vi pålegger oss selv en rekke restriksjoner. Vi bruker således ikke personer under 30 år til vår reklame, og vi unngår annonsering i media som særlig tar sikte på ungdom.»

– I England har tobakksindustrien og myndigheter inngått en avtale som pålegger industrien å varsle om helsefaren både på hver enkelt pakke og i annonsene. Her i Norge er vi villige til å gå til lignende skritt og har lagt frem et forslag for departementet. Totalt reklameforbud vil på lengre sikt knekke norsk tobakksindustri. Det er i dag mange tusen mennesker som har sitt levebrød i denne industri.

– WHO – Verdens Helseorganisasjon – har påpekt at tobakk gjennom hundrer av år har vært en nyttig stimulans til glede for menneskene. Den ensidige hets mot bruk av tobakk er neppe bare av det gode. Man må ha klart for seg at tobakk ikke på noen måte er menneskehetens største helseproblem. Og det finnes andre stimulerende midler som er verre å hankses med enn tobakk, sier direktør Johns.»

I Norge kulminerer reklamedebatten med innføring av et totalforbud mot tobakksreklame ved Lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer m.v. av 9 mars 1973 (med virkning fra 1. juli 1975).

Ifølge Aftenposten 12.7.74, viser statistikken at tobakksindustrien i 1974 intensiverte sine reklamefremstøt. Dette til tross, melder Aftenposten 2.8.74 at nordmenn røyker mindre.

### **3 Kronologisk oversikt**

---

*3.8.1950, Morgenutgaven, side 3:*

Referat av et intervju med direktør ved Radiumhospitalet, professor dr. med. Reidar Eker, om nyere forskning vedrørende sammenhengen mellom røyking og lungekreft, der Eker fraråder inhalering.

*11.10.1950, Aftenutgaven, side 3:*

«Sigaretter og lungekreft»

Referat av intervju med professor dr. med. Reidar Eker ved Radiumhospitalet som hevder at det synes å være en sammenheng mellom røyking og

lungekreft. Det vises til en nylig publisert (ikke nærmere datert) artikkel i «Lancet».

*9.3.1951, side 6:*

En liten reklameannonse for Rolf Bull Engelstads bok: «Alt vi vet om årsaker til kreft».

(Utgitt av Cammermeyers Forlag)

*5.10.1951, Morgenutgaven, side 3:*

Referat av uttalelse av prof. John Gibbon om at lungekreft forekommer hyppigere i USA enn i Norge, og at årsaken neppe skyldes tobakksrøking.

*27.10.1953, side 2:*

«Sigaretter og lungekreft»

Det refereres til en nylig avholdt konferanse i København der det ble lagt frem flere undersøkelser som tyder på en sammenheng.

*6.11.1953, Aftenutgaven, side 3:*

«Mer lungekreft i USA – lite i Norge»

Årsak foreløpig ukjent. Det antas at forurensing i tillegg til røyking kan være et moment, men det konkluderes med at det er for tidlig å si.

*5.12.1953, Morgenutgaven, side 9:*

«Lungekreft i by- og industristrøk»

Om forskning på støv og røyking som årsak.

*6.2.1954, Morgenutgaven, side 9:*

«Sigarettrokerne lar seg ikke skremme av meldinger om kreftfare»

Om gallup blant Norges befolkning der det blant annet er blitt henvist til København-konferansen, uttalelser fra New Orleans University samt en (ikke nærmere identifisert) rapport fra 13 uavhengige internasjonale undersøkelser.

*13.2.1954, Morgenutgaven, side 6:*

«Lungekreft og røyking»

Britisk ekspertrapport som konkluderer med at det utvilsomt må være en sammenheng. Da rapporten ble offentliggjort, sank tobakksaksjene på London-børsen med 300 millioner kroner. Rapporten gjør oppmerksom på at det ennå ikke er klart hvilket stoff i sigaretten som bestemt kan sies å føre til kreft i lungene. Britiske tobakksfabrikanter hadde samme dag sendt ut en felles erklæring om at det foreløpig ikke er ført tilstrekkelig beviser for en årsakssammenheng, men at de har stilt 10 millioner kroner til disposisjon til forskning på dette i 7 måneder fremover.

27.2.1954, *Morgenutgaven*, side 6:

«Lungekreft hos sigaretttrøkere er av en spesiell art»

Det refereres her til den danske professor Engelbreth-Holm som uttaler seg etter et internasjonalt møte i New York med 30 forskere. Det var der enighet om at det ikke lenger kunne være tvil om sammenhengen mellom røking og lungekreft, fordi man nå var i stand til å skille ut lungekreft fra røking som en spesiell krefttype. Det understrekes imidlertid at ytterligere forskning må til.

18.5.1954, *Morgenutgaven*, side 2:

Det refereres til en dansk lege, Johannes Clemmesen, som advarer om store farer ved røking. Han anbefaler røkerne å bruke filter, og tilrårer at ungdom advares mot å begynne å røke.

5.6.1954, *Morgenutgaven*, side 1 og 10:

«Lungekreftsituasjonen»

Professor dr.med. Leiv Kreyberg uttaler at det er sammenheng mellom livsstil og lungekreft hvor *også* røking kommer inn. Han konstaterer videre en sammenheng mellom mengden av sigaretter og økt risiko. For øvrig en relativt lang artikkel som hovedsakelig er av medisinsk karakter. Det påpekes en økning av antall lungekrefttilfeller.

1.2.1956, *Morgenutgaven*:

«Tobakken og lungekreften»

Resultat av en fem års undersøkelse ved professor Leiv Kreyberg. Kreyberg skiller mellom to former for kreftsvulster i lungen. Kreyberg mener å slå fast en klar sammenheng mellom røyking og en bestemt form for lungekreft, både hos menn og kvinner.

18.2.1956, *Aftenutgaven*:

«Ennu intet i fagpressen om dansk antirøkepille»

Aftenposten omtaler lanseringen av antirøkepillen «Smokeless» i Danmark. Pillen skal visstnok ha en virkning som gjør at man ikke får lyst til å røyke på mellom to til fire timer. Det fortelles i artikkelen at pillen ikke er omtalt i verdens fagpresse, og at ingen norsk fabrikk ennå har fått tilbud om å produsere pillen.

23.5.1956, *Morgenutgaven*, side 11:

«Lungekreft herjer sterkere i England enn i USA»

Intervju med professor E. Bryland (britisk) om foruroligende mange lungekrefttilfeller i England. Han anslår årsaken til å være en kombinasjon av smog og røyking.

23.6.1956, *Morgenutgaven*, side 5:

«Sigaretter bør være bannlyst for ungdommen»

Komité med dr. Fredrik Mellbye som formann skal karlegge ungdommens røkevaner. Man regner med en viss sammenheng mellom røking, luftforurensing og lungekreft. For første gang sies her at røking også synes å ha en viss sammenheng med hjerte-kar-sykdommer.

26.6.1956, *Morgenutgaven*, side 3:

Professor Leiv Kreyberg hilser komitéen velkommen. (Refererer seg til forannevnte komité.)

27.6.1956, *Aftenutgaven*, side 1 og 2:

«Britisk ekspert: kullos kan være en hovedårsak til lungekreft»

Dr. Percy Stocks understreker at intet ennå er sikkert angående sigaretter og lungekreft. Han mener luftforurensning er hovedårsaken.

21.8.1956, *Aftenutgaven*, side 2:

«Ny, kraftig advarsel mot sigarettkreften»

Overlege R. Opsahl anmoder Den Norske Kreftforening om å ta opplysningsplikten om farene langt mer alvorlig.

25.9.1956, *Morgenutgaven*, side 6:

«Tobakkens skadevirkninger skal undersøkes i Sverige»

Tobakksmonopolet i Sverige eies av Staten, som dermed kommer i en konflikt dersom det viser seg alvorlige skadevirkninger.

3.1.1957:

Carl F. Glotts tobakksbedrifter må instille. Begrunnes med høye avgifter. Bare 13 % til dekning av driften. Overtas av Conrad Langaard A/S. På grunn av avgifter og konkurranse uttaler Aftenposten at det synes å gå mot store og få tobakksenheter.

8.1.1957, *Aftenutgaven*:

Innlegg fra privatperson (signert «minoriteten») som klager på os fra sigaretter og piper i møter, hotellfrokoster, etc. Det klages på lukt, os og sjenanse, men nevnes ikke noe om helsefare.

10.1.1957, *Aftenutgaven*:

CM: På en godlynt, humoristisk måte latterliggjør han innlegget fra «minoriteten» av 8. januar 1957.

(CM er Aftenpostens faste skribent).



27.5.1957, *Morgenutgaven*, side 6:

Britiske leger fastslår at det er forbindelse mellom storøyking, dvs. 25 sigaretter eller mer pr. dag, og lungekreft. Rapporten varsles å komme neste år, og forventes å komme som et sjokk for mange.

16.10.1957, *Morgenutgaven*, side 1 og 13:

«Røkevanene innarbeidet allerede i folkeskoleårene»

Kartlegging av barns røkevaner. Overlege Fredrik Mellbye hevder at kampen må føres gjennom generasjoner.

16.10.1957, *Aftenutgaven*, side 1 og 2:

«Stor kampanje mot ungdomsrøkingen»

26.10.1957, *Aftenutgaven*, side 6:

«Hver ellefte sigaretttrøker røker mindre på grunn av lungekreften»  
..men antallet sigaretttrøkere er øket siden 1954 (Ukens Gallup).

23.11.1957, *Aftenutgaven*, side 12:

«Av 823 sigaretttrøkere hadde 420 kronisk hoste»

6.12.1957, *Morgenutgaven*, side 12:

«Lungekreft drøftet i medicinerforeningen»

Under et møte i komitéen ble det vist en amerikansk film om en storørkers lidelser inklusive en lungekreftoperasjon med etterfølgende diskusjon.

7.12.1957, *Morgenutgaven*, side 7:

«Norge brukte tobakk for 485 millioner kroner i fjor»

Landsforeningen Mot Kreft's opplysningskampanje vil bli satt i gang like over nyttår.

7.3.1958, *Morgenutgaven*, side 9:

«Lungekreft rammer 10 % av storørkere»

Referat av et foredrag av professor Leiv Kreyberg som forsker mye på problemet. Artikkelen inneholder en del historikk om lungekreft.

9.7.1958, *Morgenutgaven*, side 6:

«Forbindelsen røyking-lungekreft bekreftes»

Professor Kreyberg er kommet frem til at risikoen for lungekreft øker proporsjonalt med antall sigaretter. (Han skal i nær fremtid foredra om emnet i London).

26.7.1958, *Morgenutgaven*, side 2, *Kronikken*:

«Tobakkens skadevirkninger»

Kronikk av professor dr.med. Roald Opsahl om nikotinets skadevirkninger på kroppen for øvrig.

Kronikken fortsetter neste dag: «Mål og midler mot tobakksmisbruk»

Og tredje dag: «Organisasjon mot tobakksmisbruk»

9.10.1958, *Morgenutgaven*, side 3:

«Kreftaksjon i år mot skolebarns røkevaner»

(Tiltak av Landsforeningen Mot Kreft).

15.10.1958, *Aftenutgaven*, side 4:

«Hele 64 % har røkt innen de er blitt 13 år»

Landsforeningen Mot Kreft utgir i dag, *Kreftdagen*, bok om ungdommens røkevaner.

3.8.1960 *Morgenutgave*

Aftenposten omtaler en tobakkserstatningssak i Miami, USA. Edwin P. Green døde av lungekreft i 1958. Juryen sier at røyking gjennom 30 år bidro til at Green fikk kreft, men frifinner tobakksindustrien siden faren ikke var tilstrekkelig kjent i februar 1958.

24.3.1960 *Morgenutgave*

En «raritet»

Conrad Langaard hadde invitert 170 gjester til åpningen av sin nye fabrikk, hvorav tidligere ordfører Brynjulf Bull i sin tale kunne opplyse at røykeforbund i bystyremøtene ble opphevet fra «og med siste møte».

28.7.1960 *Morgenutgave*

Det berettes om at røyking kun blir tillatt på Sognsvannsbanen (egen vogn).

4.11 og 1.12 1960 *Morgenutgave*

Aftenposten forteller at Tiedemanns overtar NKLS Tobakksfabrikk (1/1-61). Bakgrunnen for overtagelsen er den skjerpene konkurransesituasjonen som EFTA-traktaten har skapt.

17.11.1960 *Morgenutgave*

Av Aftenposten fremgår det at det er et stort behov for salg av varer fra automater. (Det omsettes fortrinnsvis sjokolade, drops, pastiller og kjeks fra automater på denne tiden). I artikkelen opplyses at det i Danmark finnes 1200 sigarettautomater som utgjør 16 % av det totale salget.

*23.11.1960 Morgenutgave*

Det fremgår at tobakksavgiften innbragte statskassen 26.553.000 kroner i oktober mot 20.294.000 kroner i oktober 1959.

*25.11.1960 Morgenutgave*

Norsk sigarett kan lage priskrig i Sverige. NKL lanserer en norsk sigarett som skal eksporteres, blant annet til Sverige.

*15.12.1960 Morgenutgave*

Aftenposten gjengir resultatet av en undersøkelse blant 315 tenåringer i Linkjøping. Det interessante – foruten de spesielle røykevanene ungdommene hadde lagt seg til ved blant annet piperøyking er at 94 % av de røykende uttaler at de var overbevist om at røyking var skadelig. Blant de røykende ungdommer var det mange som opplyste at de røykte mer enn 10 sigaretter pr. dag.

*5.1.1962 Morgenutgave*

«Tobakken i kunsten, historien og livet»

En stor utstilling åpnet i Kunstindustrimuseet i Louvre til minne om at tobakken ble innført i Frankrike for 400 år siden.

*9.1.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller om en økning i antall røykende blant piker under 17 år.

*10.1.1964 Morgenutgave*

Det fremgår at tobakksinstituttet i USA går til angrep på ventet rapport fra Den amerikanske helsedirektør om tobakkens helseskadelige virkninger.

*11.1.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller at danske sigarettørkere, alle advarsler til tross, ikke lar seg ikke skremme.

*12.1.1964 Morgenutgave*

Det fortelles at sigaretttrapporten skremte.

*13.1.1964 Morgenutgave*

Aftenposten refererer rapport fra ekspertkommisjon: ...Sigarettørking farligst av all bruk av tobakk ...Problemet er hvordan misbruk kan hindres ...Kreyberg: Rapporten viktig for hele verden ...Tyske eksperter er kommet til andre resultater ...Tiltak mot overdreven sigarettørking ventes ...Norsk rapport kan ventes neste måned

*13.1.1964 Morgenutgave*

Artikkel om at sigarettøyking er hovedårsaken til utbredelse av lungkreft. Intet som tyder på at filter kan hjelpe.

*13.1.1964 Aftenutgave*

Artikkel om at sigarettøykere har fått alvorlige ting å tenke på. Uttalelser fra tobakkselger, butikkbestyrer og røykere.

*14.1.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller at tobakksrapporten ikke skaper uro på børsen. Neppe flertall for en høyere tobakksavgift etter rapporten.

*14.1.1964 Morgenutgave*

Det fremgår at Kjell Bondevik interpellerte om sigarettøykingens skadevirkninger.

*15.1.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller at byen Eastland i delstaten Texas i USA har innført forbud mot salg og røyking av sigaretter innenfor byens grenser.

*17.1.1964 Morgenutgave*

Det fremgår at nordmenns sigarettforbruk er relativt lite.

*17.1.1964 Morgenutgave*

Aftenposten refererer at radioaktivt Polonium er oppdaget i tobakk

*20.1.1964 Morgenutgave*

Det fremgår at sigarettsalget er på retur i USA.

*22.1.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller om en mann som har røyket 60 sigaretter pr dag og nå går til sak mot sigarettfabrikanten Philip Morris i USA.

*24.1.1964 Morgenutgave*

Aftenposten skriver at spesielle sigarettfiltre kan gi noen beskyttelse. Videre heter det at røykereglement ved skolene praktiseres forskjellig.

*1.2.1964 Morgenutgave*

Artikkel om at sigarettøyking skal «illegaliseres». Helsedirektøren bebuder kampanje på bred front.

*1.2.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller at sigaretrapporten skal diskuteres i Stortinget.

*4.2.1964 Morgenutgave*

«Hvorfor røyker Jeppe»?

Spørsmålet stilles av sosialministeren. Avgiftsforhøyelse kan bli overveiet. Regjeringen har størst tro på de ikke-restriktive tiltak. Rimelig om røykere må betale noe mer. Samfunnskontroll og forbud mot reklame. Løft hodet ikke-røykere, vi er ikke noen sinker. Sigaretten overtar etter strikketøyet hos mange kvinner.

*7.2.1964 Morgenutgave*

Aftenposten skriver om kampanje mot røykingen også i Sovjet-Unionen.

*14.2.1964 Morgenutgave*

Artikkel som omtaler opplysning om røyking i skole-TV som glimrende.

*15.2.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller om eiendommelig sak i Eidsfjord hvor en erfaren jeger kan fastslå at reven ikke liker tobakk.

*26.2.1964 Morgenutgave*

Det fremgår at bensin og tobakk er store inntektskilder for staten.

*5.3.1964 Morgenutgave*

Det heter i Aftenposten at åtte av ti avvennes på røkeklinikk. Prosenten av tilbakefall uviss.

*7.3.1964 Morgenutgave*

Aftenposten refererer at tyske forskere avviser «sigarett-teorien».

*25.3.1964 Morgenutgave*

Det fortelles om en lege i USA, dr. Huggins, som er i ferd med å produsere en pille som kan forebygge kreft. Riktignok sier han at den ikke vil ha noen tilbakevirkende kraft, men han hevder at den vil være 100 prosent effektiv fra det øyeblikk den svelges. Deretter kan folk røke seg gule og grønne uten å tenke på faren for kreft.

*14.4.1964 Morgenutgave*

Det fortelles om et internasjonalt møte om lungekreft. Møtet er på initiativ fra Verdens helseorganisasjon

*25.4.1964 Morgenutgave*

Aftenposten skriver om at barn i Finland røyker urovekkende mye. Finsk rapport viser sammenheng mellom røyking og flere sykdommer.

*19.5.1964 Morgenutgave*

Røker Deres barn? Et innlegg om gode råd for å få barn til å slutte å røyke

*21.5.1964 Morgenutgave*

Aftenposten refererer noen forskere fra Bulgaria som hevder at de har utviklet en nikotinfri tobakk.

*27.5.1964 Morgenutgave*

Det fortelles om økt forbruk av sigaretter fra 1957.

*2.6.1964 Morgenutgave*

Artikkel med overskriften «En viljesak å bryte med røkevanen»

*6.6.1964 Morgenutgave*

Aftenposten skriver at 8 % har lagt vekk røkevanen. Gallup-undersøkelse – få betviler sammenhengen mellom røyking og lungesykdommer.

*6.6.1964 Morgenutgave*

Artikkel med overskriften «Antirøkekurset i Hamar ble vellykket»

*25.6.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller om forslag om tobakksregulering i USA: Sigarettpakninger foreslås å få en advarselstekst som forteller forbrukerne om helsefaren. Videre forslås det å innføre reklamerestriksjoner for tobakksindustrien.

*26.6.1964 Morgenutgave*

Aftenposten forteller at tobakkindustrien i USA går til sak mot for å få underkjent reguleringene.

*6.7.1964 Morgenutgave*

Resultatet av Teddys jubileumskonkurranse offentliggjøres.

*27.7.1964 Morgenutgave*

Artikkel om at USA «går til krig» mot tobakksmisbruket.

*29.7.1964 Morgenutgave*

Annonse fra Tiedemanns: «Lukt dem til gratis hytte.» Kundene inviteres til å beskrive hva de lukter av Tiedemanns Gul. Premien er en hytte, verdi kr. 10.000,-.

*1.8.1964 Morgenutgave*

Aftenposten refererer at tobakkefabrikkene vil ha sigaretter med lang stump.

*12.8.1964 Morgenutgave*

Artikkel med overskriften «Sigarsalget doblet, sigaretter står seg.»

*12.8.1964 Morgenutgave*

Artikkel med overskriften «Røkerne tar lite hensyn til faren for lungekreft.»

*18.8.1964 Morgenutgave*

Det fremgår at det er et økende ønske om å forby tobakksreklamen.

*29.9.1964 Morgenutgave*

Det fremgår at røyking er tillatt i Bergen bystyre.

*29.10.1964 Morgenutgave*

Artikkel hvor det heter at tre av fire krefttilfeller beror på ytre faktorer.

*19.11.1964 Morgenutgave*

Det fremgår at det ikke gis moderasjon til røykende barn på Bærumsbanen.

*12.1.1965 Morgenutgave*

Det fremgår at sigarettforbruket i Norge ble noe redusert i fjor.

*21.1.1965 Morgenutgave*

Artikkel om organiserte røykere.

*27.1.1965 Morgenutgave*

Artikkel som hevder at mer opplysning må til om kreftfaren ved sigarettforbruk.

*11.3.1965 Morgenutgave*

Artikkel om røyking forurensar miljøet.

12.3.1965 *Morgenutgave*

Artikkel med overskriften «Drammensere sluttet å røke etter kursus»

21.4.1965 *Morgenutgave*

«En sigarett av og til skjerper intelligensen». Nobelprisvinner mener å ha vist at begrenset tobakknyttelse stimulerer.

30.4.1965 *Morgenutgave*

Tobakkmisbruket søkes motvirket. Det amerikanske senatets handelskomite har godkjent lovforslag om advarsel på sigarettpakkene.

24.2.66, *morgen, side 1 og nest siste side:*

«Kreft hos kvinner hyppigst blant dem som røker»

Om lungekreft og hjerteinfarkt som dobbelt forekommende hos røkerne. Ref.: USA's Nasjonale Kreftinstitutt.

2.5.66, *aften, side 4:*

Billedboken «Nikotinrollet» deles ut til samtlige tredjeklassinger i landet. (Utgitt av Landsforeningen Mot Kreft).

16.7.66, *aften, side 3:*

«Nikotinfri tobakk»

Interessante eksperimenter i Sovjetsamveldet om å utvikle en nikotinfri tobakk. Dessverre viser tobakken seg å mangle styrke og aroma. Dessuten avgir den en utrivelig lukt av halm. Det eksperimenteres imidlertid med å dyrke en «helsetobakk» med *lite* nikotin.

24.10.66, *morgen, side 9:*

«Sigarettrokerne mer utsatt for å dø av hjerteslag»

Amerikansk forskergruppe synes å se en sammenheng mellom forkalkning og røking.

30.11.66, *morgen, siste side:*

«Veldig økning av dødsfall som kan skyldes sigaretter»

Rapport fra det amerikanske helsedirektorat fra undersøkelser i perioden 1950–1964, som viser en voldsom økning av lungekreft, emfysem og bronkitt.

2.12.66, *morgen, første side:*

Annonse for «Tar Gard» sigarettfilter «for å hindre inhalering av skadelig tjære». (Nærmere omtalt i punkt 2.4.4. ovenfor).



13.12.66, side 10:

«Sigarettøkingen skyld i stor lungekreftepidemi»

USA's Nasjonalforening mot kreft slår alarm mot denne selvforskyldte epidemien. Kraftig økning i dødsfall.

8.3.67, side 1 og 3:

«En øre pr. sigarett foreslås til kreft- og hjerteforskning»

11.5.67 morgen, siste side:

«Kreftavgift på sigaretter avvist.»

Sigarettavgiften er så høy at en økning ikke vil gi mer i Statskassen, mener statsråd Myrvoll. Ønsker ikke øremerking.

24.6.67, morgen, 1. side og siste:

«Leger om røking: stort helseproblem»

Fra Legeforeningens møte i Sandefjord. Eneste middel er å slutte. Leger, lærere, TV-opptredende osv. bør gå foran med godt eksempel.

8.9.67, morgen, siste side:

«Evang og Kennedy om røking og helse»

Om verdenskonferanse om temaet som åpner i New York 11.9. der bl.a. Karl Evang og Robert Kennedy skal tale. For øvrig medlemmer fra Landsforeningen mot kreft og mange andre fra hele verden.

8.9.67, aftern, side 3:

«Forslag ventes om tiltak til reduksjon av tobakkskadene»

Tobakkskadeutvalget, opprettet i 1965 av Landsforeningen mot kreft, har laget en utredning om reduksjon av tobakkskader. Utredningen er sendt ut til uttalelse til en rekke instanser og vil bli offentliggjort i nær fremtid.

12.9.67, morgen, side 7:

«Robert Kennedy vil ha statskontroll av tobakksindustrien»

Tale på verdenskonferansen der han anklager industrien for å selge et livsfarlig produkt og varsler tre lovforslag for å få kontroll med industrien.

18.9.67, aftern, 1. side:

«Ny norsk helsereaksjon for å redusere tobakkskadene»

Evang hjemme fra New York. Ikke lenger tvil. Det er en direkte sammenheng mellom røking og alvorlige sykdommer.

19.9.67, morgen, side 10:

«Vi må anse røking som sosialt uakseptabelt»

Generalsekretær Ottar S. Jacobsen i Landsforeningen mot kreft foreslår sterkere lut etter New York-konferansen: Advarsel på sigarettpakkene (hittil ikke i Norge, bare i USA), angivelse av innhold av tjære og nikotin, forbud mot annonsering samt forbud mot at sigaretter ligger fremme på offentlige kontorer og tilstelninger.

*29.9.67, morgen, første side:*

«Øket avgift skal svekke røkelyst»

Utvalg foreslår også begrensning i reklamen. Tobakksfabrikantene går i en uttalelse sterkt imot de restriktive tiltak som de betviler verdien av. Fabrikantene erklærer seg villige til å delta i en offentlig oppnevnt ekspertgruppe som på fritt grunnlag kan arbeide for å redusere mulige skadevirkninger av røkingen. (Se nærmere omtale i punkt 2.4.2 ovenfor).

*30.9.67, morgen, side 19:*

«Ikke tobakksreklame for å verve røkere

Kun imellom merker. Ikke reklame i ungdomsblader eller kinoer», hevder Johan H. Andresen. Andresen sier videre at norske fabrikanter heller ikke i reklamen hevder at filter reduserer tjære og nikotin slik det gjøres i utenlandske annonser. Dette refererer seg til et diskusjonsprogram i radio fra dagen før. (Se nærmere omtale i punkt 2.4.3 ovenfor).

*19.10.67, morgen, første side:*

«Flere tiltak mot tobakk overveies, men intet konkret er ennå bestemt», sier statsråd Aarvik.

*14.2.68, after, side 4:*

«Røyking viktigere lungekreftårsak enn uren luft»

Ifølge professor dr. med Leiv Kreyberg på lungelegekongress i Bergen sist helg.

*3.9.68, after, side 8:*

«Tobakken ensidig helsenedbrytende, sier videnskapen»

Komité fastslår at man aldri har visst så mye om skadevirkningene som nå.

*18.1.69, morgen, side 4:*

«Farligere jo tidligere man begynner å røyke. Lungekrefttrisikoen øker med røykedosen». Referat fra foredrag av professor Leiv Kreyberg i Videnskapssakademiet.

*30.1.69, morgen, første side:*

«Tobakksreklamen igjen i faresonen».

Tiltakene mot røyking kommer i vinter. Sosialdepartementet vurderer restriktive tiltak mot tobakksreklame.

9.4.69, morgen, første side:

«Stortingsmelding om røkevaner blir fremlagt torsdag»

Fremlegges for Stortinget i forbindelse med drøfting av tiltak for å redusere røyking, særlig blant unge.

10.4.69, aften, første side:

«Sigarettpakkene vil bli merket med en advarsel»

Sosialdepartementet fremmer forslag til lov som vil begrense omfanget av sigarettreklame og som påbyr merking av sigarettpakkene.

29.4.69, aften, side 17:

«Sigaretten mye farligere enn luftforurensningene»

Resultatene av professor Kreybergs lungekreftforskning fremlagt.

23.5.69, morgen, første side:

«Røk meget, lev 8 år kortere!»

Sigarettøking en helt avgjørende faktor med hensyn til lungekreft. Ca. 600 nye tilfeller pr. år i Norge.

27.5.69, aften, første side:

«Sigaretttrisikoen er størst for hjertet i alderen 45–60 år»

10.7.69, aften, side 6:

«Kampen mot tobakksreklame blir nu intensivert i USA»

Forslag om landsomfattende forbud mot TV-reklame fra september 1973.

18.7.69, aften, side 4:

«Sigarettreklame i USA blir redusert»

Frivillig nedtrapping i radio og fjernsyn.

6.12.69, aften, side 7:

«Legeopprop til idrettsungdommen om ikke å røke».

Nedsetter yteevnen og bryter ned helsen.

7.2.70, morgen, side 21:

«Sigarettøkende hunder fikk kreft»

USA-forsøk om røkning og lungekreft.

6.3.70, aften, første side:

«Lov mot tobakksreklame anbefalt av Sosialkomitéen»

Bl.a. forslag om advarsel på sigarettpakkene og forbud mot lakrissigaretter.

8.4.70, morgen, første side:

«Øket statlig kamp mot røking

Men tobakksvaner er vonde å vende»

Om reklameforbud, advarsel på pakker osv.

«Hvis tobakken kom i dag, ble den forbudt. Samfunnets innsats mot tobakken økes».

19.5.70, morgen, første side:

«WHO oppfordrer til kampanje mot sigarett røyking»

Referat fra organisasjonens årsmøte i Genève.

31.7.70, aften, første side:

«Tobakksreklamen blir henimot totalt forbudt.

Sigarettpakkene får «faresignal».

Komité utreder reklamesaken.

22.10.70, morgen, side 12:

«Stadig flere unge begynner å røke – men galt å kalle røking et ungdomsproblem».

13.11.70, morgen, side 23:

«Nikotinfri tobakk har lite for seg»

Overlege Mellbye: «Ikke noe fremskritt».

4.12.70, morgen, første side:

«Tobakken får sitt eget databankråd»

Reduksjonstiltak skal koordineres. Skal være en slags databank for alle som ønsker opplysninger om tobakksbruk og skadevirkninger.

11.12.70, morgen, første side:

«Alle røyker»

Ikke-røyker i jernbanekupé, møterom etc. «røyker» i praksis 1 sigarett pr. time ifølge Landslaget mot tobakkskader. Om man røyker, er en personlig sak. Hvor man røyker, er en sosial sak.

6.1.71, morgen, første side:

«Krass britisk rapport om røking og kreftdød»

The Royal College of Physicians kritiserer myndighetene for å gjøre for lite for å endre folks røkevaner.

22.1.71, morgen, siste side:

«Staten tjener årlig 650 mill. på tobakk»

Reklameforbud vil bli følsomt for annonsemedia.

28.1.71, *aften, første side:*

«Flere og flere menn går nå fra sigaretter»

Kvinner er mindre skremt av utviklingen, og deres forbruk øker. Over 60 % av røkerne tror på en sammenheng mellom røking og kreft. Markert stigning i tallet på dem som vil advare sine barn mot røking.

5.2.71, *morgen, side 6:*

«Tobakksreklamen i tysk tv reduseres»

Ingen modeller under 30 år kan benyttes.

29.4.71, *første side:*

«Tobakkslov vil forby reklame»

Bratholmutvalget overleverte lovforslag til sosialministeren i går.

19.5.71, *aften, side 7:*

«Stump røyken på nsb's forstadstog»

Beslutning om helt å sløyfe røykevogner på forstadsbaner.

27.5.71, *aften, første side:*

«En klar sammenheng sigarettroyking/abort»

Hevder svenske leger som har undersøkt 4.312 svangre.

12.6.71, *aften, side 3:*

«Sigarettreklame forbys i Canada»

Parlamentet ventes å vedta nye restriksjoner.

6.7.71, *aften, første side:*

«DDT i norsk tobakk»

DDT er funnet i svensk tobakk. Usikkert om det forekommer i norsk tobakk. Johan H. Andresen uttaler seg om at dette må myndighetene få bragt på det rene, og dersom de ikke gjør det, vil tobakksindustrien selv gjøre det. (Se nærmere omtale i punkt 2.5.2 ovenfor).

28.8.71, *morgen, side 7:*

«Nordisk totalforbud mot tobakksreklame»

Foreslås av det norske medlemsutvalget, slik at det blir en ensartet policy i Norden.

11.9.71, *morgen, første side:*

«Ikke-røkere får egne seter i fly»

Departementet går inn for ordningen.

2.10.71, morgen, side 34:

«London-konferanse om tobakksreklameforbud»

Begeistret for det norske lovforslag. Canada får antireklamelov.

5.1.72, morgen, side 5:

«Tobakksopplysning helt fra småskolen»

Forbud mot reklame har mange minussider, bl.a. når det gjelder informasjon.

(Intervju med bl.a. direktør Thorleif Løchen i Langaard og direktør Ulf Johns i Tiedemanns Tobaksfabrik. Se nærmere omtale i punkt 2.5.3 ovenfor).

23.2.72, morgen, første side:

«Nordisk råd går inn for forbud mot tobakksreklame»

28.2.72, morgen, side 16:

«Passiv røking skader arbeidet»

Røking på arbeidsplassene skal vurderes.

10.3.72, aften, første side:

«DDT også i tobakken»

USA verst, viser svensk undersøkelse. (Se nærmere omtale i punkt 2.5.2 ovenfor).

11.3.72, aften, side 9:

«Også kadmium påvist i tobakk»

Trolig betenkelige langtidseffekter. (Se nærmere omtale i punkt 2.5.2 ovenfor).

25.5.72, morgen, side 17:

«Nye restriksjoner på røking blir foreslått»

To-romsløsning for lærerrom og pauserom på arbeidsplasser anbefales.

9.6.72, aften, første side:

«Regjeringen foreslår forbud mot all tobakksreklame»

6.7.72, morgen, side 5:

«Stadig flere forbud mot tobakksrøking»

Begrensninger bl.a. innen NSB, Nesoddbåtene og i fly der røykere bes sitte bak.

9.12.72, aften, første side:

«Flere og flere kvinner røker»

Undersøkelse fra Norsk Gallup viser at 43 % av kvinner røker. Stigning fra 35 % i 1970, og 23 % i 1956.

*12.12.72, aften, første side:*

«Lungekreft hos menn er åtte-doblet siste 30 år»

Allikevel mye høyere i andre land: Danmark dobbelt, Finland tredobbelt, men økningen foruroliger.

*12.7.74, morgen, side 22:*

«Tobakksreklame øket betraktelig»

Settes i forbindelse med iverksettelsen av reklameforbudet 1.1.75. (Se nærmere omtale i punkt 2.5.3 ovenfor).

*2.8.74, aften, side 2:*

«Ola Nordmanns helse bedres, røker mindre»

**Vedlegg 8****Rapport om tobakksindustriens høringsuttalelser til  
lover og forskrifter***Utarbeidet av Biørn Bogstad Oslo, 8. mars 2000***1 Innledning – en oversikt over rapporten**

---

Ved brev av 29. august 1999 fikk jeg i oppdrag av Statens tobakkskaderåd ved professor Asbjørn Kjøenstad å gå gjennom uttalelser som tobakksindustrien i Norge har avgitt i forbindelse med tilblivelsen av lov 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakkskader (i det følgende kalt tobakkskadeloven). Det samme gjaldt senere endringer i loven. Jeg har tolket dette slik at også de viktigste forskriftene gitt med hjemmel i loven, skal gjennomgås.

Mitt oppdrag har vært å finne fram til uttalelser om helsemessige konsekvenser ved bruk av tobakksvarer. Det kan dreie seg om aksept, benektelse og/eller bagatellisering av helserisikoer og nikotinavhengighet som knytter seg til bruk av tobakk. Bruken kan være aktiv røyking, passiv røyking eller snusing.

Meg bekjent fins det ikke noen entydig definisjon av hva som regnes som tobakksindustrien. Jeg har imidlertid tolket dette begrepet slik at det først og fremst er uttalelser fra tobakksprodusenter som er av interesse i denne saken. Av den grunn har jeg avgrenset meg mot uttalelser fra for eksempel dem som selger tobakk (butikker, kiosker, restauranter m.m.).

Et gjennomgående trekk er for øvrig at tobakksindustrien synes å være representert av Tobakksfabrikernes Landsforening av 1901, som senere i hovedsak er inngått i Tobakksindustriens Felleskontor. I den følgende framstillingen vil denne foreningen og dette kontoret anses som en del av tobakksindustrien, med mindre noe annet går fram av sammenhengen.

I forbindelse med mitt arbeid har jeg hatt tilgang til arkivene i Statens tobakkskaderåd, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet. Jeg takker dem alle for den velvillige hjelpen jeg har fått.

Framstillingen nedenfor er disponert slik: I punkt 2 blir utviklingen av lovgivningen om tobakkskader gjennomgått. Hver enkelt lovendring er gitt et eget punkt, og høringsuttalelsene fra tobakksindustrien blir gjennomgått i tilknytning til den enkelte endringen. I punkt 3 vil jeg foreta en tilsvarende gjennomgang av utviklingen i det viktigste forskriftsverket om tobakkskader. Endelig vil jeg i punkt 4 gi et sammendrag av de funnene som er gjort i punktene 2 og 3.

Beklageligvis har jeg ikke funnet uttalelser fra tobakksindustrien knyttet til alle de lov- og forskriftsendringene som blir omtalt i punktene 2 og 3. Dette betyr ikke at industrien ikke har uttalt seg om forslagene til endringer, men at jeg på grunn av tidsnød ikke har hatt anledning til å lete lenger. Det vil derfor i forbindelse med oppfølgingen av denne rapporten være nødvendig med ytterligere «dypdykk» i arkivene til Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn. Arkivet til Statens tobakkskaderåd har jeg gått gjennom fra «a til å».



## 2 Lovgivning om tobakkskader

---

### 2.1 Bjartveit-utvalget

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 1.

I mai 1967 avleverte et tverrfaglig utvalg rapporten «Påvirkning av røykeatferd». Utvalget ble ledet av overlege Kjell Bjartveit, og vil i det følgende bli kalt for Bjartveit-utvalget.

Bjartveit-utvalgets hovedkapittel gjelder muligheter for å påvirke røykeatferd. Utvalget la fram et program, hvor det ble anbefalt å ta i bruk tre typer virkemidler. De var: Opplysningstiltak, restriktive tiltak og terapeutiske tiltak. Etter at utvalgets rapport hadde vært på høring, ble det senere utarbeidet en stortingsmelding om saken (St.meld. nr. 62 for 1968–69).

Tobakksindustriens uttalelse til Bjartveit-utvalgets rapport er datert 12. september 1967. Nedenfor følger en omtale av de viktigste funnene som er gjort i denne uttalelsen:

*Uttalelsen s. 1–2:*

Tobakksindustrien kommenterer her «utvidelsen» av Bjartveit-utvalgets mandat fra å gjelde sigaretter (som Stortinget var opptatt av) til å gjelde tobakksvarer generelt. I den forbindelse kommer industrien med en bagatellisering av farene ved å røyke sigarer og pipe. Det pekes på at «alle» undersøkelser av helserisikoen ved å røyke sigarer og pipe gir et helt annet statistisk bilde enn det å røyke sigaretter. Det vises i den forbindelse til den amerikanske rapporten «Smoking and Health» og undersøkelser fra Kanh og Hammond.

*Uttalelsen s. 3–7:*

Tobakksindustrien kommenterer her Bjartveit-utvalgets «innrømmelse» av at det ikke har hatt kompetanse til å foreta en selvstendig vurdering av det omfattende materialet som foreligger om de helsemessige virkningene av tobakksrøyking.

I den forbindelse forsøker tobakksindustrien å bagatellisere helsefarene ved tobakksrøyking ved at den viser til forskjellig materiale som har vært kritisk til sammenhengen mellom røyking og de helsemessige konsekvensene av det. Blant annet vises det til direktør Fr. Lange-Nielsens kritiske referat «Rökning og helbred» (trykt i Forsikringstidene nr. 5 for 1967), og innstilling fra den norske lægeforenings kreftkomitee kalt «Tobakkrökning og helse», trykt i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 10 for 1967. Endelig vises det til en rapport fra en svensk ekspertgruppe. Rapporten er utgitt som hefte av den kungliga Medisinstyrelsen under tittelen «Fakta om rökning och hälsa», Bok- och Reklamtryck AB, Stockholm 1965.

Uttalelsen her må kunne tas til inntekt for et forsøk på en bagatellisering ved at tobakksindustrien sier at det hersker så stor uenighet rundt spørsmålet om sammenhengen mellom røyking og helseskader, at man skal være forsiktig med å påstå en slik sammenheng.

*Uttalelsen s. 17–19:*

Tobakksindustrien kommenterer her Bjartveit-utvalgets forslag om å innføre en ordning med advarsel på sigarettpakningene. Industrien ser ikke noe behov for en slik ordning, og anfører:

«Praktisk talt alle voksne røkere i dette land er i dag oppmerksomme på at det kan være en viss risiko forbundet med sigaretttrökning.» (uttalelsen s. 18 tredje avsnitt).

Den siterte uttalelsen kan vel ses på både som en indirekte innrømmelse av at det er farlig å røyke og/eller en slags ansvarsfraskrivelse av farene ved å bruke tobakk.

*Uttalelsen s. 19–21:*

Tobakksindustrien kommenterer på disse sidene Bjartveit-utvalgets forslag til endringer i avgiftsbelastningen.

På s. 21 andre avsnitt uttaler tobakksindustrien at en uheldig fare ved en drastisk avgiftspolitik på tobakksvarer kan være at røykerne begynner å røyke sigarettene til «siste rest». Videre uttales det at det er på slutten av en sigarett at det fins mest tjære og nikotin: Hvis en sigarett røykes én cm lenger enn normalt, inneholder den siste centimeteren omtrent dobbelt så mye tjære og nikotin som den foregående centimeteren. Endelig uttales det at det har vært antatt at når lungekreft er mindre utbredt i USA enn i England, kan dette henge sammen med røykemåten, idé amerikanerne gjennomgående ikke røyker så mye av hver sigarett.

Her sier vel egentlig tobakksindustrien at jo mer du røyker av en sigarett, desto farligere kan det være. Det foreligger her en indirekte innrømmelse av at røyking kan føre til lungekreft.

På s. 21 tredje avsnitt uttaler tobakksindustrien at en annen fare ved en drastisk avgiftspolitik «ligger i at tobakken kan erstattes med andre stoffer som kan innebære en betydelig større helsemessig risiko. Den tiltagende bruk av narkotika gir her en tydelig varsel.»

Denne uttalelsen må vel ses på som en bagatellisering av farene ved tobakksrøyk: Selv om det skulle være så at det er farlig å røyke, så er det andre stoffer som er betydelig mer helsefarlige. Man må derfor akseptere at det kan være farlig å røyke.

*Uttalelsen s. 22–29:*

Tobakksindustrien kommenterer på disse sidene Bjartveit-utvalgets forslag til hvordan man kan endre tobakksproduktene med sikte på å få redusert tjære- og nikotininnholdet i sigaretter.

Uttalelsen fra tobakksindustrien på disse sidene må kunne tas til inntekt for en bagatellisering av farene ved å røyke. Årsaken er at det tobakksindustrien sier på disse sidene, kort kan oppsummeres til a) man har ikke klart å påvise hvilke stoffer i sigaretttrøyken som er farlige, og b) de målemetodene som benyttes for å måle tjære- og nikotininnholdet i sigaretttrøyk, er ikke bra nok.

*Uttalelsen s. 29–32:*

Tobakksindustrien kommenterer her Bjartveit-utvalgets uttalelser om et fortsatt stort behov for forskning på sammenheng mellom tobakksrøyk og helseskader.

På s. 31 midten fins et eksempel på en bagatellisering av farene ved å røyke:

«Man må dog ikke glemme at ... [tobakk] er et nytelsesmiddel som de aller fleste kan ha glede av uten skadevirkninger.»

Tobakksindustrien sier vel her at vel kan det være farlig å røyke, men for de fleste er det ikke farlig. Dertil sies det at tobakken sprer glede.

## **2.2 Bratholm-komiteen**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 2.

Den 28. april 1971 avgav et utvalg «Innstilling om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer m.v.». Utvalget ble ledet av professor Anders Bratholm, og vil i det følgende bli kalt Bratholm-utvalget. Utvalget ble oppnevnt etter Stortingets behandling av St.meld. nr. 62 for 1968–69. Blant medlemmene var overlege Kjell Bjartveit og fabrikkeier Johan H. Andresen. Cand. jur. (senere professor dr. juris) Asbjørn Kjørstad var Bratholm-utvalgets sekretær.

I lovforslaget som fulgte opp Bratholm-utvalgets forslag (Ot.prp. nr. 3 for 1972–73), går det på s. 7 fram at følgende representanter fra tobakksindustrien har uttalt seg: Tobaksfabrikkernes Landsforening av 1901, Tobakkgrossistenes Forening, c/o Gunnar Stenberg A/S, Tobakkhandlernes Landsforbund og Tobakkindustriens Felleskontor.

Jeg har bare klart å finne uttalelsen fra Tobaksfabrikkernes Landsforening av 1901. Det går imidlertid fram av lovforslaget at de andre instansene i den grad de har uttalt seg, deler synet til Tobaksfabrikkernes Landsforening av 1901.

*Uttalelsen s. 6:*

I punkt 1.2 andre avsnitt bagatelliseres farene ved å røyke et lite antall sigaretter per dag:

«Til fremstillingen i innstillingens [Bratholm-utvalgets rapport] punkt 4.2. Røyking og helse, vil vi bemerke at den lett kan oppfattet derhen at et daglig sigarettforbruk på et par sigaretter kan være forbundet med risiko av noen betydning. Dette synes helt urimelig.»

*Uttalelsen s. 7–8:*

Tobakksindustrien kommenterer her de positive sidene ved at mennesker kan bruke tobakk. På s. 8 midten fins et eksempel på at selv om bruk av tobakk skulle medføre en helserisiko, så er alternativet så mye verre:

«Hvis man ikke hadde hatt tobakken, er det vel sannsynlig at det hos mange hadde vært tilstede et udekket behov som hadde svekket samfundets motstandskraft mot narkotika og medikamentmisbruk, og at

man hadde opplevet en større utbredelse av disse farligere stoffer enn tilfellet har vært».

Den siterte uttalelsen må vel kunne tas til inntekt for at selv om det skulle være en fare forbundet med bruk av tobakk, så må man akseptere den, for alternativet er langt verre.

*Uttalelsen s. 10:*

I andre avsnitt bagatelliseres helsefarene ved å bruke tobakk, ved at det ikke nytter å bekjempe den, selv om det skulle vise seg farlig å bruke tobakk:

«All erfaring viser, at hva man gjør eller ikke gjør lever samfunnet videre med tobakken, som det gjør med brennevin, vin og en rekke andre nytelsesmidler som kan være helseskadelige.»

*Uttalelsen s. 16–17:*

I andre og tredje avsnitt s. 16 og første avsnitt s. 17 fins eksempler på bagatellisering/benektelse av farene ved å røyke sigar eller pipe, eller bruke snus eller skråtobakk:

«Alle rapporter viser at det er forbundet med vesentlig mindre risiko å røke sigarer eller pipe. Dette bekreftes i den siste offisielle britiske rapport «Smoking and Health Now», hvor det direkte uttales: «Pipes and cigars appear to do little harm to health. It is likely that cigarettes smokers who change over to these would benefit».

For snus og skrå foreligger oss bekjent, overhodet ingen rapport om helsemessig risiko. Likevel er disse varer tatt med under reklameforbudet i lovforslaget.

Det synes lite logisk å foreslå totalforbud mot reklame for varer som er et naturlig, og etter alt å dømme helsemessig gunstig substitutt for sigaretter, når man vet at de aller fleste røkere fortsetter å røke. Vi er derfor helt uenige i at reklameforbudet skal omfatte piper.»

*Uttalelsen s. 18:*

I andre avsnitt fins et eksempel på en indirekte innrømmelse av at sigaretter kan være helseskadelig:

«Med et totalforbud mot tobakkvarer, må man i det hele forutse at Norge kommer til å ligge efter i produktutviklingen, også når det gjelder fremstilling av mindre helseskadelige sigaretter. Dette er selvfølgelig heller ikke røkerne tjent med.»

Hvis det hadde vært så at sigaretter ikke var helseskadelige, så hadde det vel ikke vært noen grunn til å søke å gjøre dem mindre helseskadelige.

*Uttalelsen s. 26–27:*

Nederst på s. 26 og øverst på s. 27 fins et eksempel på en bagatellisering av og en innrømmelse av farene ved bruken av sigarer, piper, skråtobakk og snus. Uttalelsen faller i forbindelse med en omtale av reklameforbudets forhold til grunnloven § 100:

«Lovforslaget blir ikke mindre betenkelig når man tenker på at reklameforbudet også skal gjelde for sigarer, pipetobakk, skråtobakk og snus, som ikke frembyr noen, eller i hvert fall ingen særlig alvorlig helsefare.»

### **2.3 Lov 15. april 1977 nr. 29**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 3.

Ved lov 15. april 1977 nr. 29 fikk tobakkskadeloven § 2 tilføyd et nytt fjerde ledd. I dette leddet ble det åpnet for at Fylkesmannen skulle kunne gjøre unntak fra reklameforbudet i tobakkskadeloven § 2 første ledd for utstilling i forretningslokaler av ordinære tobakksvarer som var beregnet på omsetning. Videre ble det i det nye leddet åpnet for at departementet skulle kunne fastsette nærmere vilkår for de unntakene Fylkesmannen kunne gjøre.

Jeg har ikke funnet noen uttalelser fra tobakksindustrien som knytter seg til lovforslaget. Av lovforslaget (Ot.prp. nr. 34 for 1976–77) synes det imidlertid ikke som om forslaget har vært på høring (det var en oppfølging av uttalelser som falt i forbindelsen med Stortingets behandling av forslaget til tobakkskadeloven (Ot.prp. nr. 3 for 1972–73).

### **2.4 Lov 14. juni 1985 nr. 71**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 4.

Ved lov 14. juni 1985 nr. 71 ble lov 22. mai 1981 nr. 25 om ny straffeprosesslov satt i kraft. Samtidig ble det gjort enkelte endringer i den nye straffeprosessloven og i enkelte andre lover. Én av disse lovene var tobakkskadeloven. Endringen i denne loven var at lovens § 7 tredje ledd siste punktum ble opphevet. Dette punktet lød «straffelovens § 28 tredje ledd gjelder ikke for bøtestraff etter dette ledd».

Jeg har ikke klart å finne noen dokumenter som tyder på at tobakksindustrien har vært høringsinstans til forslagene i endringsloven.

### **2.5 Lov 6. mai 1988 nr. 24**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 5.

Ved lov 6. mai 1988 nr. 24 ble den såkalte «røykeloven» tatt inn i tobakkskadeloven, som ny § 6. Samtidig ble de dagjeldende §§ 6, 7, 8, 9 og 10 nye henholdsvis §§ 7, 8, 9, 10 og 11. Endringen innebar en regulering av røyking på offentlige steder, transportmidler og arbeidsplasser, og var basert på rapporten «Lufta er for alle! Retten til å puste i røykfri luft», utarbeidet av Statens tobakkskaderåd. Arbeidet med denne rapporten var i hovedsak utført av overlege Kjell Bjartveit, amanuensis Ingvild Eide og professor dr. juris Asbjørn Kjønstad.

Tobakksindustrien har uttalt seg om forslaget i brever av henholdsvis 25. mars og 16. desember 1986.

Tobakksindustriens uttalelse i brev av 25. mars 1986 s. 4–6, må kunne tas til inntekt for en kombinasjon av en bagatellisering av helseskadene ved å røyke og en benektelse av farene ved passiv røyking. På s. 4 punkt 2 første avsnitt heter det:

«Spørsmålet om passiv røyking og helse har opptatt forskere i en rekke land i flere år. I rapporten fra Statens tobakkskaderåd er det nevnt en rekke undersøkelser som er gjennomført på dette felt. Konklusjonene

er noe forskjellige, men en objektiv vurdering av undersøkelsene understøtter ikke påstanden om at passiv røyking er skadelig for voksne, friske mennesker.»

Deretter vises det i den følgende teksten fram til og med s. 6 til en rekke undersøkelser som alle har som fellesnevner at det ikke er tilstrekkelig medisinsk bevist at det er noen helsefare forbundet med passiv røyking.

Til uttalelsen fins det dessuten et vedlegg 2, hvor bilag 2 til Statens tobakkskaderåds rapport «Lufta er for alle!» kapittel 2 er undergitt en kritisk vurdering fra representanter for tobakksindustrien.

I tobakksindustriens uttalelse av 16. desember 1986 gis det supplerende opplysninger til deres uttalelse av 25. mars s.å. Jeg har ikke funnet synspunkter i denne denne uttalelsen som kan tas til inntekt for en innrømming, benektelse eller bagatellisering av helsefarene ved tobakksrøyking.

## **2.6 Lov 20. juli 1991 nr. 66**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 6.

Ved lov 20. juli 1991 nr. 66 ble tobakkskadelovens bestemmelser om foretaksstraff opphevet (dagjeldende § 7 tredje ledd). Samtidig ble det gitt nye regler om foretaksstraff i et nytt kapittel 3 a i straffeloven, med regler som gav en generell hjemmel for å ilegge foretaksstraff, og som regulerte de nærmere vilkårene for å ilegge slik straff. Endringen må ses på som en lovteknisk opprydding, ved at det skjedde en samling av de forskjellige bestemmelsene om foretaksstraff som fantes rundt om i lovverket.

Meg bekjent har tobakksindustrien ikke uttalt seg til den endringen som loven innebar.

## **2.7 Lov 4. desember 1992 nr. 132**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 7.

Ved lov 4. desember 1992 nr. 132 ble det gjort endringer i tobakkskadeloven §§ 3 og 4, som en følge av Norges inntreden i EØS-avtalen. Endringene innebar en tilpasning til EFs direktiver om merking av tobakksvarer og regler om maksimalt tillatt tjæreinnhold i sigaretter.

Av lovforslaget (Ot.prp. nr. 70 for 1991–92) punkt 6.6 går det motsetningsvis fram at tobakksindustrien ikke har hatt merknader til endringen.

## **2.8 Lov 17. februar 1995 nr. 10**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 8.

Ved lov 17. februar 1995 nr. 10 ble det gjort endringer i tobakkskadeloven §§ 2, 5 og 6. Endringene innebar en utvidelse av reklameforbudet, en heving av aldersgrensen for henholdsvis kjøp og salg av tobakksvarer, forbud mot automatslag av tobakk og en innstramming av reglene om passiv røyking på restauranter, overnattingssteder og serveringssteder.

Tobakksindustrien har uttalt seg til lovforslaget i brev av 3. september 1993. I uttalelsens punkt 6.2 (s. 27–31) fins det uttalelser som kan tas til inntekt for en bagatellisering av farene ved passiv røyking: Her kritiseres utformingen av metoden for de undersøkelsene som konkluderer med en helsefare forbundet med passiv røyking. Indirekte sier vel tobakksindustrien her at det ikke fins noen bevis for at passiv røyking er farlig, og da kan man ikke si noe om helsefarene (bagatellisering).

## **2.9 Lov 17. januar 1997 nr. 13**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 9.

Ved lov 17. januar 1997 nr. 13 ble tobakkskadeloven §§ 5 og 6 endret. Samtidig ble det gitt nye §§ 8 og 11. Endringene innebar a) innføring av et eksportforbud mot snus, b) myndigheten til å fastsette aldersgrense for innførsel av tobakksvarer og sigarettpapirer ble overført til Sosial- og helsedepartementet, og c) en presisering i loven som uttømmende regulerer hvilke organer som er tilsynsmyndighet for at tobakkskadeloven og regler gitt i medhold av den etterleves.

Av lovforslaget (Ot.prp. nr. 34 for 1995–96) går det motsetningsvis fram at tobakksindustrien ikke hadde noen merknader til forslaget.

## **2.10 Lov 6. juni 1997 nr. 35**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 10.

Ved lov 6. juni 1997 nr. 35 ble det gjort endringer i tobakkskadeloven § 7 andre ledd. Det ble tilføyd et nytt fjerde punktum, noe som hadde sammenheng med at det ble gitt en ny lov om Oppgaverregisteret.

Endringen i tobakkskadeloven § 7 andre ledd var at det i det nye fjerde punktumet ble tatt inn følgende bestemmelse: «Taushetsplikten skal ikke være til hinder for utveksling av informasjon (samordning) som forutsatt i lov om Oppgaverregisteret.»

Av lovforslaget (Ot.prp. nr. 37 for 1996–97) går det fram at tobakksindustrien ikke har vært høringsinstans, og den har heller ikke uttalt seg på frivillig basis.

# **3 Forskrifter om tobakkskade**

---

## **3.1 Forskrift 25. oktober 1974 nr. 1**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 11.

Forskrift 25. oktober 1974 nr. 1 inneholdt nærmere regler om forbudet mot tobakksreklame. Tobakksindustrien har uttalt seg om forslaget til forskrift i brev av 14. november 1973. Jeg har ikke funnet synspunkter i denne uttalelsen som kan tas til inntekt for innrømming, benektelse eller bagatellisering av helsefarene ved bruk av tobakk.

## **3.2 Forskrift 25. oktober 1974 nr. 9**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 12.

Forskrift 25. oktober 1974 nr. 9 inneholdt nærmere regler om unntak fra forbudet mot tobakksreklame i tobakkskadeloven § 2 første og andre ledd.

Jeg har ikke funnet noen uttalelse fra tobakksindustrien som knytter seg til forslaget til forskrift. Imidlertid har jeg funnet et notat fra industrien av 4. april 1973, som tar for seg hva Stortinget mente burde unntas fra reklameforbudet. Jeg har imidlertid ikke funnet synspunkter i dette notatet som kan tas til inntekt for innrømming, benektelse eller bagatellisering av helsefarene ved bruk av tobakk.

## **3.3 Forskrift 25. oktober 1974**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 13.

Forskrift 25. oktober 1974 om merking av sigarettpakker, røyketobakkspakker og sigarettpapirpakker har ikke fått tildelt noe egen forskriftsnummer i Lovdata. Fra Lovdata har jeg fått opplyst at man begynte å tildele forskrifter et eget nummer tidlig på 1980-tallet (på grunn av søkemuligheter på data). Årsaken til at denne forskriften da ikke har fått noe eget forskriftsnummer, må antas å være at den ble avløst av forskrift 25. mars 1983 nr. 830 (se punkt 3.5), og at man av den grunn ikke fant det nødvendig å tildele 1974-forskriften noe eget nummer i Lovdata.

Tobakksindustrien har uttalt seg om forslaget til forskrift i brev av 14. november 1973. I uttalelsen s. 4, siste avsnitt, fins et eksempel på en bagatellisering av helsefarene ved å røyke et lite antall sigaretter per dag:

«Når det gjelder advarselsteksten vil vi peke på at det kan være et spørsmål om man har dekning for formuleringen «daglig sigarettøyking er helsefarlig». Oss bekjent foreligger det ingen vitenskapelige undersøkelser som klart viser at et daglig forbruk på noen få sigaretter medfører helserisiko av noen betydning for friske mennesker. Sannsynligheten taler også for at det her er visse terskelverdier som må overskrides for at det skal foreligge noen risiko.»

Her krever tobakksindustrien «klare» bevis for helseskader for at myndighetene skal kunne gripe inn med tiltak. Industrien prøver å finne et område hvor klare beviser ikke foreligger, nemlig når friske mennesker røyker få sigaretter per dag.

Ut over dette har jeg ikke funnet synspunkter i denne uttalelsen som kan tas til inntekt for innrømming, benektelse eller bagatellisering av helsefarene ved å bruke tobakk.

### **3.4 Forskrift 29. november 1977 nr. 2**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 14.

Forskrift 29. november 1977 nr. 2 – om vilkår for unntak fra reklameforbudet i lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer mv. – gir utfyllende regler til lov 15. april 1977 nr. 29. Ved denne endringsloven ble det i tobakkskadeloven § 2 tilføyd et nytt fjerde ledd. I dette leddet ble det åpnet for at Fylkesmannen kunne gjøre unntak fra reklameforbudet for tobakk for utstilling i forretningslokaler for ordinære tobakksvarer beregnet for omsetning.

Jeg har ikke klart å finne noen uttalelser fra tobakksindustrien om forslaget til denne forskriften. Endelig nevner jeg at det synes som om heller ikke selve lovendringen (lov 15. april 1977 nr. 29, se punkt 2.3) har vært på høring.

### **3.5 Forskrift 25. mars 1983 nr. 830**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 15.

Forskrift 25. mars 1983 nr. 830 gir regler om merking av sigarettpakker, røyketobakkspakker og sigarettpapirpakker.

Det synes som om denne forskriften har en lang forhistorie. Jeg har funnet en rekke uttalelser fra tobakksindustrien i anledning saken, men kan ikke se at det i noen av dem fins uttalelser som kan tas til inntekt for innrømming, benektelse eller bagatellisering av helsefarene ved å bruke tobakk.



### **3.6 Forskrift 18. desember 1985 nr. 2391**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 16.

I forskrift 18. desember 1985 nr. 2391 ble det av Helsedirektoratet gitt et tillegg til forskrift 25. mars 1983 nr. 830 (punktet over). Tillegget inneholdt en nærmere regulering av hvilke målemetoder man skulle benytte som grunnlag for den innholdsdeklarasjonen som skulle trykkes på sigarett- og tobakkspakker.

Jeg har ikke funnet noen uttalelse fra tobakksindustrien knyttet til forslaget til denne forskriften.

### **3.7 Forskrift 8. juli 1988 nr. 563**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 17.

Forskrift 8. juli 1988 nr. 563 inneholder regler om vern mot tobakkskader, hvor det gis nærmere regler om røyking i spiserom, kantiner m.m. Forskriften ble gitt med hjemmel i tobakkskadeloven § 6 åttende ledd.

Jeg har ikke funnet noen uttalelse fra tobakksindustrien knyttet til forslaget til denne forskriften.

### **3.8 Forskrift 15. desember 1993 nr. 1197**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 18.

Forskrift 15. desember 1993 nr. 1197 om merking av tobakksinnhold og tjæreinnholdet i sigaretter, kom som en følge av at Norge sluttet seg til EØS-avtalen. Forskriften opphevet forskrift 25. mars 1983 nr. 830 om merking av sigarettpakker, røyketobakkspakker og sigarettpapirpakker.

Jeg har ikke funnet uttalelser fra tobakksindustrien knyttet til forslaget til denne forskriften.

### **3.9 Forskrift 15. desember 1995 nr. 989**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 19.

Forskrift 15. desember 1995 – om forbud mot tobakksreklame mv. – erstattet forskrift 25. oktober 1974 nr. 1 om forbud mot tobakksreklame, forskrift 25. oktober 1974 nr. 9 om unntak fra reklameforbudet i § 2 i lov av 9. mars 1973 nr. 14 om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer mv. og forskrift 29. november 1977 nr. 2 om vilkår for unntak fra reklameforbudet i lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakksvarer mv. De tre sistnevnte forskriftene er omtalt i punktene 3.1, 3.2 og 3.4.

Tobakksindustriens Felleskontor har uttalt seg om forslaget til denne forskriften i brev av 14. september 1995. Jeg har ikke funnet synspunkter i denne uttalelsen som kan tas til inntekt for innrømming, benektelse eller bagatellisering av helsefarene ved å bruke tobakk.

### **3.10 Forskrift 15. desember 1995 nr. 990**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 20.

Forskrift 15. desember 1995 nr. 990 – om røyking på restauranter og andre serveringssteder, internkontroll mv. – erstattet forskrift 8. juli 1988 nr. 563 – om vern mot tobakkskade. Den nye forskriften kom som en oppfølging av den innstrammingen som skjedde i tobakkskadeloven ved lov 17. februar 1995 nr. 10 (se punkt 2.8).

I tilknytning til høringsrunden om forslaget til forskrift har jeg funnet en uttalelse fra Tobakksindustriens Felleskontor, datert 15. september 1995. Jeg kan ikke se at uttalelsen inneholder synspunkter som kan tas til inntekt for innrømming, benektelse eller bagatellisering av helsefarene ved å bruke tobakk.

### **3.11 Forskrift 15. desember 1995 nr. 1035**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 21.

Forskrift 15. desember 1995 nr. 1035 – om merking av tobakksvarer og om tjære- og nikotininnhold i sigaretter – erstatter forskrift 15. desember 1993 nr. 1197 – om merking av tobakksvarer og om tjæreinhold i sigaretter – samt forskrift 18. desember 1985 nr. 2391 – om merking av sigarettpakker, røyketobakkspakker og sigarettpapirpakker – målemetoder – tillegg. Den nye forskriften kom som en oppfølging av den innstramningen som skjedde i tobakkskadeloven ved lov 17. februar 1995 nr. 10 (se punkt 2.8).

Tobakksindustriens Felleskontor har uttalt seg om forslaget til forskrift i brev av 4. oktober 1995, mens Tobaksfabrikernes Landsforening av 1901 har uttalt seg til forslaget i brev av 5. november 1995. Jeg kan ikke se at uttalelsene inneholder synspunkter som kan tas til inntekt for innrømming, benektelse eller bagatellisering av helsefarene ved å bruke tobakk.

### **3.12 Forskrift 18. september 1998 nr. 874**

Materiale knyttet til omtalen i dette punktet, fins som uttrykt bilag 22.

Forskrift 18. september 1998 nr. 874 – om endring i forskrift om forbud mot tobakksreklame mv. – gjorde endring i forskrift 15. desember 1995 nr. 989 § 6 ved at det ble gitt regler om forbud mot å omsette tobakksvarepakninger som på grunn av utradisjonell utforming eller utseende kunne gi økt omsetning.

Forskriftsendringen var en presisering av den gjeldende forskriften om forbud mot tobakksreklame. Jeg har ikke funnet noen uttalelse fra tobakksindustrien knyttet til forslaget til forskrift.

## **4 Sammendrag**

---

I punkt 1 blir det gitt en kort oversikt over mitt oppdrag, og hvordan jeg har tolket det. Videre blir det gitt en omtale av de arkivene jeg har hatt tilgang til.

I punkt 2 blir endringer i lovgivningen om tobakkskader gjennomgått i kronologisk rekkefølge. Hver enkelt lovendring har fått et eget punkt, og uttalelser som tobakksindustrien har kommet med til den enkelte lovendring, blir omtalt i tilknytning til det enkelte punktet.

De uttalelsene jeg har funnet knyttet til helseskader ved bruk av tobakk, kan kort beskrives som forsøk på bagatellisering og/eller benektelse av farene ved å bruke tobakk. Innvendingene går i hovedsak ut på at det ikke er tilstrekkelig bevis for at det fins noen sammenheng mellom røyking og helseskader. I den forbindelse vises det gjennomgående til en del medisinske rapporter.

I punkt 3 blir det gitt en tilsvarende gjennomgang av endringer i forskriftsverket som det i punkt 2 ble gjort for endringer i lovverket. Et gjennomgående trekk ved endringene i forskriftsverket, er at de uttalelsene jeg

har funnet, går på den tekniske utformingen av forskriftene. Videre synes det som om selve «slaget» om et eller annet prinsipp skulle gjennomføres, har stått i forbindelse med lovendringen, da forskriftene normalt bare er en oppfølging av lovendringen.

Jeg har beklageligvis ikke funnet uttalelser fra tobakksindustrien knyttet til alle de lov- og forskriftsendringene som er omtalt i punkt 2 og 3. Det betyr imidlertid ikke at tobakksindustrien ikke har uttalt seg om de forskjellige forslagene til endringer, men at jeg av tidsnød ikke har hatt anledning til å lete lenger. I forbindelse med oppfølgingen av denne rapporten, vil det derfor være nødvendig med en fortsatt «graving» i arkivene til Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn.

Helt til slutt: Selv om det ligger utenfor mitt mandat, er et gjennomgående trekk ved de uttalelsene jeg har gått gjennom fra tobakksindustrien, at den ofte har bedt om utsatte frister for å komme med merknader til forslag til endringer. Et annet funn er at det i forbindelse med endringer er en veldig fokus på overgangsregler, ved at det bes om at disse blir så lange som mulig. Dette kan tas til inntekt for et forsøk på å trenere og forsinke innføringen av nye lover og forskrifter.

**Vedlegg 9****Rapport fra gjennomgang av dokumentene i Minnesota  
Tobacco Document Depository***Av Guro M. H. Birkeland og Vidar Birkeland***1 Generelt om de frigitte dokumentene fra tobakksindustriens arkiver**

---

Forut for Minnesota-forliket var svært få dokumenter fra tobakksindustriens arkiver frigitt. Dokumentene som er gjort offentlig tilgjengelig ved Minnesota-forliket og ved senere rettssaker mot tobakksindustrien i USA, er svar på konkrete provokasjoner fra saksøkerne. Materiale som skulle belyse konkrete problemstillinger i forhold til søksmålet er krevet fremlagt. På denne bakgrunn er det oppsiktsvekkende at det overhodet finnes informasjon om norske forhold i det frigitte materialet.

I Minnesota-saken synes tobakksindustrien å ha villet «begrave» interessante dokumenter i uinteressante papirer for slik å vanskeliggjøre saksøkernes forberedelse av saken. Dette forklarer nok delvis at dokumenter som omhandler vår del av verden, og Norge spesielt, inngår i de frigitte dokumentene i en sak som i utgangspunktet utelukkende omhandlet Minnesota og amerikanske forhold. Det sier seg selv at den amerikanske tobakksindustriens arkiver må inneholde både mange flere og mer interessante dokumenter enn de som tilfeldigvis er gjort tilgjengelige for allmennheten gjennom søksmålene i USA i den senere tid. Og det er først ved tilgang til skandinavisk og norsk tobakksindustriens arkiver at en kan danne seg et noenlunde riktig bilde av tobakksindustriens aktiviteter i Norge.

**2 Frigitt materiale etter Minnesota-forliket**

---

I april 1998 ble det inngått forlik i erstatningssaken mellom staten Minnesota og tobakksselskapene som var saksøkt; Philip Morris et al.

Et av punktene i forliket var at de dokumentene som var gjort tilgjengelige for saksøker, skulle bli gjort tilgjengelige for allmennheten på tobakksselskapenes bekostning. Dokumentene er nå tilgjengelige i to arkiver. Det ene, Minnesota Tobacco Document Depository i Minneapolis, Minnesota, USA, inneholder dokumentene som ble frigitt fra de saksøkte amerikanske tobakksselskapene. Det andre arkivet, Guildford Depository utenfor London, Storbritannia, inneholder dokumentene frigitt fra selskapet British American Tobacco som har hovedkontoret sitt i London. I alt inneholder disse arkivene ca. 35 millioner dokumenter, hvorav 25 millioner er i arkivet i Minnesota og 8–10 millioner i Guildford. Alle fremtidige forlik mellom tobakksselskapene og andre saksøkere, som resulterer i frigivelse av dokumenter fra tobakksselskapenes arkiver, skal i følge Minnesota-forliket deponeres i disse arkivene.

Etter det siste store forliket mellom tobakksselskapene og 46 av de amerikanske statene skal dokumentene også være tilgjengelige på internett på adressen: <http://www.tobaccoarchive.com>. Søkemulighetene på denne inter-

nettsiten har vært dårlig og lite pålitelig, men dette skal være under utbedring. Det er likevel usikkert hvor pålitelig og komplett internettsiten er.

Selve saksdokumentene er gjort tilgjengelige for allmennheten av saksøkers advokatfirma Robins, Kaplan, Miller & Ciresi L.L.P. Det foreligger en omfattende katalog «Tobacco – A Catalog of Minnesota Tobacco Case Related Materials» som kan bestilles fra advokatfirmaet:

Robins, Kaplan, Miller & Ciresi L.L.P.  
2800 Lasalle Plaza  
800 Lasalle Avenue  
Minneapolis  
MN 55402–2015  
USA

Selve prosessdokumentene kan, ved betaling av kopikostnader, bestilles på CD-rom eller i papirkopi fra:

Stirewalt & associates  
25 east Serpent Road  
P. O. BOX 416  
Deerwood  
MN 56444  
USA

### **3 Minnesota Tobacco Depository**

---

Samlingen av dokumenter fra de amerikanske tobakksselskapene er i Minnesota Depository indeksert i en database der en kan søke ved hjelp av datamaskiner, som er til utlån i arkivets lokaler. Det er laget en indeks for hvert selskaps dokumenter. Det er ikke mulig med kryssøk mellom selskapene. Kategoriene en kan søke i, er i tillegg til dokumentnummer blant annet forfatter og mottaker. Søkekategoriene er noe forskjellige fra det ene tobakkselskapet til det andre.

Ligget Tobacco Company, det minste av selskapene i saken, inngikk forlik med staten Minnesota relativt tidlig i saksprosessen og lenge før det store forliket. Det er ikke utarbeidet indeks for disse dokumentene, men kopier av samtlige Ligget-dokumenter finnes i arkivet. Disse dokumentene har vi på grunn av den begrensede tiden ikke kunnet gå igjennom. Det er i den senere tiden kommet frem at Ligget hadde en stedlig representant i Oslo over en lengre tidsperiode. Det er derfor sannsynlig at det i materialet fra dette selskapet vil kunne finnes dokumenter med direkte tilknytning til Norge.

Indeksen til de øvrige selskapene er av svært varierende kvalitet. Tobakksselskapene har selv utarbeidet indeksene, og det er tydelig at målet har vært at det ikke skal være lett å finne de viktige dokumentene. Indeksen oppgir kun dokumentnummer. Kopi av dokumentet må deretter bestilles fra arkivet enten som papirkopi eller på CD-rom, eller en kan få den kassen dokumentet ligger i til gjennomsyn. Det er ikke uvanlig at dokumentet som oppgis ved et søk mangler flere sider som kan finnes ved gjennomgang av den respektive kassen.

Enkelte av tobakksselskapene har gjort seg stor møyen med å stokke dokumentene slik at det ikke er noen logisk sammenheng mellom dokumentene

som er samlet i samme kasse. Dette gjelder spesielt dokumenter fra R J Reynolds. For noen av selskapene kan hele arkivkasser kun dreie seg om et tema, for eksempel Norge.

#### **4 Pilotsøket i Minnesota Tobacco Depository**

---

Søk ved Minnesota Tobacco Depository er gjennomført i to runder. Guro Birkeland, Vidar Birkeland og Nicolai Skjerdal foretok søk fra 2/11 – 8/11–98, og Guro Birkeland og Vidar Birkeland foretok søk fra 22/12–98 – 7/1–99. Ved første gjennomgang ble det søkt i alle selskapenes indekser med søkeord relatert til Norge og norsk tobakksindustri. Alle dokumenttreff ble skrevet ut og systematisert i permer. Det ble bestilt kopi av respektive dokumenter på CD-rom. Det ble også foretatt gjennomgang av noen av arkivkassene, som syntes å ha særlig mange treff i søket, for å få et bedre inntrykk av kontakten mellom norske og amerikanske tobakksselskaper.

Ved det andre søket ble CD-rommene som var brent ferdig ved ankomst USA, gjennomgått for å kontrollere at de riktige dokumentene var kopiert. Dette viste seg å være en svært møysommelig prosess da alle dokumenter hadde fått nye indeksnummer og hver side i dokumentet var lagret som et eget dokument. Det var imidlertid en helt påkrevet gjennomgang da gjennomsnittlig hvert 6. dokument viste seg å avvike fra vår bestilling. Dette medførte at Merrill Lynch, firmaet som hadde brent CD-rommene, måtte gjennomføre en total gjennomgang av vår bestilling og brenne nye CD-rommer. Dette forsinket vesentlig det utvidede søket som var planlagt gjennomført, men det ble noe tid til kompletterende søk med nye søkerord. Noe av tiden ble også brukt til å gå igjennom dokumentene på CD-rommene for å få et visst inntrykk av hvilke funn søkene hadde resultert i.

Det ble også gått igjennom videoer og kassetter som hadde kommet ut som treff ved søket. De inneholder hovedsaklig markedsføringsstrategier og TV-innslag som behandler tobakksrelaterte spørsmål og ikke minst interessant opplæringsvideoer til tobakksindustriens egne ansatte for å motarbeide helseopplysning m.v. De mest interessante av disse ble kopiert.

Etter at CD-rommene fra USA ble mottatt, har en gruppe jusstudenter, Pål Andreassen, Lars Duvaland og Bente Olsen, gått igjennom disse summarisk for å finne dokumenter som kunne være interessante i forhold til denne rapportens problemstillinger. På grunn av manglende kapasitet hos de erfarne researcherne tilknyttet prosjektet og hensynet til å begrense kostnadene i denne forberedende fasen, var det dessverre ikke mulig å foreta en grundig gjennomgang av materialet i denne omgang. Ca halvparten av materialet er til dags dato gjennomgått, og det er denne gjennomgangen som i all hovedsak er basis for denne presentasjonen av materialet.

#### **5 Resultater av pilotsøket**

---

Vi har bare hatt anledning til å foreta en summarisk gjennomgang av materialet fra Minnesota. Vi vil i det følgende presentere noen eksempler fra dokumentene. Vi vil skille mellom ulike hovedkategorier for å gi en bedre oversikt over resultatene av søket:

## 5.1 Tobakksindustriens informasjonsutveksling

Mye av industriens informasjonsutveksling har skjedd direkte mellom de ulike tobakksselskapene, spesielt før det internasjonale informasjonsnettverket for tobakksindustrien ble etablert med ICOSY/INFOTAB.

Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. ble for eksempel oppdatert med oversendelse av aktuell informasjon fra amerikansk tobakksindustri. Som eksempel på dette vises til brev av 12/12-79 fra J. L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. ved Joh. H. Andresen til The Tobacco Institute (dokument 1), tobakksindustriens informasjonskontor overfor publikum:

«... We ask you to kindly send us one copy of:  
«Smoking and Health 1964-1979  
The Continuing Controversy» ...»

Som verdens største tobakksprodusent har Philip Morris International (PM) et eget «imponerende» nettverk. PM hadde en stedlig representant (Jan Erik Grønlund) i Stockholm som også hadde ansvar for å følge opp Norge med nær kontakt med Conrad Langaards Tobakksfabrikk.

Mye av informasjonen som ble formidlet gjennom nettverkene, synes å ha en lav vitenskapelig verdi. I utsendelsen fra 21/5-87 fra INFOTAB til en rekke kontakter over hele verden, deriblant A. Falch / S. Eikeland, Norway (dokument 2) gjøres alle mottakerne oppmerksomme på en artikkel om Kina som skulle indikere at røyk fra «rykende» kull kunne forårsake lungekreft:

«Subject: Lung cancer and air pollution

*We wish to bring your attention to an article on lung cancer and indoor air pollution from Science, the prestigious journal of the American Association for the Advancement of Science, dated January 9, 1987.*

*The Article written by Mumford et al. reports that women in China's Xuan Wei county who heat their homes and cook their meals with «smoky» coal, have an increased lung cancer risk. It is noted that less than 0,1 % of these women smoke cigarettes. The article states that lung cancer mortality «is more closely associated with indoor burning of «smoky» coal, as opposed to wood or «smokeless» coal, than with tobacco smoking.*

*Please note that this article compares use of coal and active tobacco smoking and makes no mention of environmental tobacco smoke.»*

Kopi av denne artikkelen ble blant annet sendt til Falch og S. Eikeland i Norge. I ettertid fremstår passiv røyking som den mest sannsynlige årsaken til kvinnes lungekreftutvikling jamfør den høye andel røykere blant kinesiske menn.

I den internasjonale tobakksindustriens hovednettverk, INFOTAB, har Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. og Tobakksfabrikantenes Landsforbund vært aktive medlemmer. I Minnesota Depository ble det funnet en rekke dokumenter som vedrører INFOTAB. INFOTAB ble etablert den 2. november 1982 og var en videreføring av ICOSY-samarbeidet. Dokumenter fra Minnesota arkivet viser at INFOTAB hadde et globalt nettverk med forgreininger over hele kloden. I en utsendelse fra INFOTAB signert Antonietta Corti, datert 5/10-87 til 135 adressater omtalt som «Spokespersons» verden rundt, deri-

blant S. Eikeland, Norway og J.H. Andresen, J.L. Tiedemanns Tobaksf., (dokument 3) illustrerer forsiden hvilke emner som ble behandlet i INFOTABs utsendelser:

1. «HEALTH – Remove the entire section and replace it with the up-date
2. «ADDICTION» – *This section is already up-to-date.*
3. PUBLIC SMOKING – You received the up-date to this section some months ago. However, there has recently been a slight change: remove pages III.5.1.-and III.5.2. and replace them with the new pages of the same numbers.
4. «SOCIAL COSTS» – *This section is already up-to-date.*
5. ADVERTISING – *Remove the entire section and replace it with the up-date.*
6. CONSTITUENTS – *Remove the entire section and replace it with the up-date.*
7. WARNING LABELS – *This section is already up-to-date.»*

J.L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. ble tilknyttet INFOTAB relativt raskt etter etableringen. I charteret til organisasjonen, slik det var utformet per 2/11-82 fremgår det (dokument 4):

«The association has as it's purpose the establishment of a forum of exchange of views and information on tobacco issues (to include tobacco and health) by the co-ordination of data and information in economic, scientific and technical areas. The general objectives are to broaden the knowledge of it's members, of consumers, and of appropriate authorities. In large part accomplishment of these objectives will be sought by providing information to various national and other tobacco trade associations and by serving as a resource of expertise, data analysis and opinion on this subjects of interest to the industry and it's publics.»

I andre mer uoffisielle dokumenter fremtrer hensikten med INFOTAB enda klarere. I en oppsummering av en INFOTAB workshop fra 17. – 20. oktober 1982 konkluderes det etter en grundig gjennomgang av alle truslene mot industrien i dokument 5, side 9, siste avsnitt:

«INFOTAB exists to serve the many businesses – both large and small – that make up the international tobacco industry. It is these businesses that are on the firing line – they manufacture and market the products. Their continuing success – in sales, earnings and growth – in the months and years ahead is the only valid yardstick of our own worth as a secretariat.»

Kundenes helse er ikke omtalt.

INFOTAB har hatt årlige konferanser der ulike temaer med interesse for tobakksindustrien er blitt diskutert. I materialet hentet ut av Minnesota Depository finnes flere dokumenter som har tilknytning til dette samarbeidet.

I dokumentene fra Philip Morris' arkiver finnes et dokument med referat fra INFOTAB WORKSHOPS (dokument 6) der det heter:

«Group 3's subject was «Tobacco Action Network and Information Seminars» and I won't say it was easy in those 45 minutes to agree on all points or even make unanimous resolution, but we all understand



the difficulties Norway has with an eight-year total ban on advertising and very strong anti-smoking groups»

Det er gjennomgående i materialet at Norge får spesiell omtale på grunn av de restriksjonene vedrørende tobakk som gjelder i landet.

Materialet inneholder flere eksempler på at tobakksindustrien planlegger felles strategi mot antitobakksarbeidet internasjonalt. Det er flere eksempler på problematisering av at industrien i Norge har akseptert skadevirkninger av tobakk som ikke industrien i USA vedkjenner seg:

I et internt Philip Morris dokument fra Andrew A. Napier til B.B. Brook og J.M. Hartogh datert 15/1-81 (dokument 7), som oppsummerer situasjonen forut for innføringen av den nye produktansvarsloven, er interessant i så måte. PMs representant oppsummerer situasjonen slik:

«It seems to me that there was an indication that the best defence in Norway (to a possible suit under the proposed legislation) would be that «the plaintiff knew of a causal relationship». Would not such a defence in Norway (eg. Provoked by a lost cause case) pose problems for the industry in the USA, where the fact that there is no proven causal relationships – I understand – the main defence?»

En av de viktigste funksjonene til INFOTAB synes å ha vært å samle inn data om anti-tobakksarbeidet internasjonalt og utarbeide en motstrategi med brosjyrer og annet informasjonsmaterieil. INFOTABs materieil har vært benyttet av tobakksindustrien i Norge. Dette dokumenteres blant annet i dokument 8, der første side mangler. Dette er et dokument fra Philip Morris-materialet trolig utformet i 1983, der det på side 6 heter:

«IRELAND, NORWAY and SWITZERLAND made use of the «passive» smoking background papers in responding to government and other pressure related to smoking in public.

INFOTAB provided NORWAY with an additional analysis of the Garfinkel study following a challenge by Government based on the Hirayama study.»

Det er også flere dokumenter i materialet som viser at den norske industrien ønsker å være oppdatert om hvordan tobakksindustrien i utlandet uttaler seg og tilpasser seg, slik at det i størst mulig grad ikke skal bli motstrid innen bransjen i forskjellige land.

I et brev fra direktør Johan H. Andresen i J.L.Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. til Philip Morris International ved Hugh Cullmann datert 14/6-76 (dokument 9) ber direktøren om å få tilsendt en engelsk versjon av et intervju han har sett i «Die Tabaks Zeitung». Begrunnelsen eksemplifiserer industriens forsøk på å være enstemmige:

«In this context I would like to ask if you have an official translation into English of this interview, and whether it would be possible for you to forward me a copy of this. I still believe it is important that we in the tobacco industry try to act as much as possible in unison, and I would not like to miss any of the fine points of your statements – i.e. my knowledge of English is better than of German.»

## 5.2 Reklameforbudet – industriens spesielle interesse for Norge

Norge var et av de første landene som innførte reklameforbud mot tobakksvarer. På grunn av dette hentet andre land inspirasjon fra Norge da de selv vurderte å innføre restriksjoner på omsetningen av tobakksvarer. Den internasjonale tobakksindustrien var redd for at Norges eksempel skulle føre til reklameforbud i andre land. Dette viser et interoffice correspondence dokument fra J. Tylee Wilson i R J Reynolds til en rekke interne adressater datert 7/7 1977 (dokument 9A) J. Tylee Wilson. Under overskriften: «Subject: Smoking and health coordination» tilføyet med håndskrift: «international report» oppsummeres det:

«We have not and will not attempt to interfere with or impose upon your developing relationships with the industry, associations and government bodies; however, it is necessary that we comment on and possible even participate in the formulation of industry codes, research programmes, or industry negotiations regarding restrictions on advertising, health warnings, cigarette tax matters and the like; for experience tells us that no country is free from the influence of others in this area, and what is today's restriction in Norway could become tomorrow's in Malaysia.»

Tobakksindustrien internasjonalt var opptatt av å følge utviklingen i Norge nøye for å motbevise at reklameforbudet medførte reduksjon av tobakksforbruket. Philip Morris materialet inneholder engelsk oversettelse av norske dokumenter og avisartikler som viser en detaljert oppfølging av situasjonen i Norge.

Et eksempel på den internasjonale tobakksindustriens tette oppfølging av Norge, er en kopi av en rapport fra Tobacco Institute of Australia fra januar 1989 (dokument 10) funnet i Philip Morris materialet. Da en startet arbeidet med å få gjennomført reklameforbudet i New South Wales, Australia, ble det vist til Norge:

«To support this proposal, various groups including the NSW Cancer Council and the National Heart Foundation use a brochure from the Norwegian Council on Smoking and Health»

Etter et sitat fra den over nevnte brosjyren om reduksjon av tobakksforbruket etter innføring av reklameforbudet i Norge, kommenterer Tobacco Institute Australia:

«When one examines the data closely and compares them with Australia and other data available from Norway, the argument is unconvincing»

Resten av notatet forsøker å argumentere for at reklame for tobakk ikke øker forbruket. Med et slikt utgangspunkt blir industriens engasjement for å motvirke reklameforbud et paradoks.

Et annet dokument som viser den spesielle interessen for norske forhold på grunn av reklameforbudet, er et INFOTAB-dokument signert av Antonietta Corti, Director of Information Services adressert til kontakter i tobakksindustrien verden rundt, deriblant A. Falch, Norway datert 22/10-86 (dokument 11):

**«Norwegian Data in Cigarette Consumption and Smoking Habits**

Infotab members have often requested up-to-date data on smoking prevalence in Norway. More recently requests have been made for data on smoking prevalence among young people following certain statements on the claimed effectiveness of the Norwegian advertising ban in 1975.»

Industriens bekymring for utviklingen i Norge går klart fram i en intern Philip Morris International-rapport. Årsaken til utarbeidelsen av denne 24 siders rapporten er aksjonsplan for et røykfritt Norge år 2000. Rapporten er tydeligvis et innspill til debatten i Norge. Flere av argumentene og problemstillingene dokumentet reiser, kjennes igjen fra mediedebatten i Norge ved utarbeidelsen av aksjonsplanen. På side 1 i dokumentet (dokument 12), 2. avsnitt oppsummeres situasjonen i Norge:

«Remarkably, antismoking organisations have found still more demands to make upon Norwegians. Recently several such organisations proposed a revised «Action Plan for A Smoke-Free Norway Year 2000» that contains a series of radical – and troubling–ideas. Too much, in their view, is still not enough.»

**5.3 Industriens forsøk på å påvirke regelendringer**

Industrien har hele tiden fryktet reguleringer som kan medføre redusert omsetning av tobakksprodukter internasjonalt. Samarbeid mellom tobakksindustrien i forskjellige land har lenge vært kjent. ICOSY-samarbeidet som var forløperen for INFOTAB-samarbeidet var et internasjonalt forsøk på å skape enhet utad. I en «Monthly and quarterly status report fra Corporate Affairs, Nordic Area ved Stig G. Carlson, Philip Morris (dokument 13) til flere personer, deriblant Thomas Glanzmann datert 9/7-87, går det fram at det ble etablert et tett samarbeid mellom tobakksprodusentene med markedsandeler i Norden:

«A FIRST NORDIC WORKING MEETING WAS HELD IN STOCKHOLM JULY 2ND, AFTER INTENSIVE USE OF MAINLY THE ETS QUESTION AS A LEAVER TO GET A UNITED INDUSTRY BEHIND THE DECISION TO COOPERATE.

THANKS TO ANDREW WHIST, USA, PM HAD THE OPPORTUNITY TO TALK PERSONALLY TO THE OWNER OF TIEDEMANDS IN NORWAY, MR ANDRESEN, SECURING HIS COMPANY'S BACKING FOR THE COOPERATION.

AFTER DIRECT DISCUSSION WITH THE BAT C.A. DIRECTOR SATU KAARENOJA, WITH SUPPORT FROM ATOY, THE FINNISH PR COMMITTEE OF THE NMA TOOK THE DECISION TO PARTICIPATE IN THE MEETING. STA IN SWEEDEN COMMITTED ITSELF AT THE MARCH 16TH ETS CONFERENCE IN STOCKHOLM.»

Philip Morris synes generelt å være største pådriver for å intervenere i lovgivningsprosessene. Det er i basen til Philip Morris funnet hele mapper med utskrifter av medieoppslag i store og mindre aviser som er oversatt til engelsk. Det er i flere sammenhenger fremhevet at Norge er et viktig land å følge på grunn av de spesielle reglene som regulerer tobakk i en eller annen form, og at disse lett kan smitte over til andre land og slik minske salget av sigaretter

globalt. Det er også et eksempel der Stortingets ulike partier blir omtalt med hensyn til villighet til å arbeide for tobakksindustriens interesser; Høyre fremheves som tobakksindustriens støttespiller i et politisk miljø der tobakksindustrien hadde vanskelig for å finne støtte.

#### *Tobakkskadeloven av 1973 med forskrifter*

Det har hele tiden vært mistanke om at tobakksindustrien har hatt kontakter inn mot de besluttende myndigheter. Ved nye lovforslag har industrien virket svært godt forberedt ved flere korsveier. Det følgende interne Philip Morris dokumentet fra Ole Mikkelsen til S.E. Odman, tydeligvis Philip Morris Europe, datert 23/10-74 (dokument 14) viser at Philip Morris København kjente teksten til de nye forskriftene minst to dager før de ble vedtatt i statsråd:

«Please find attached the latest material regarding the tobacco law in Norway. The Social Department's draft for regulations has been handed over to our lawyer, Ole A. Backe, Jr. for translation into English.

Truls Johansen had requested that we treat the material confidentially, i.e. that the material be used only internally in Philip Morris.

Thus, Philip Morris is not to make any kind of contact with other cigarette manufacturers, e.g. Bat-Reynolds, etc., before we get green light from Jebe-Langaard.»

#### *«Røykeloven» av 1988*

Vi har funnet forholdsvis få dokumenter som omhandler tobakksindustriens aktivitet i forkant av lovendringen i 1988. Dokument 15 synes å være et forord til en publikasjon forfattet av Tollison med tittel Clearing the air. Dette dokumentet antyder at tobakksindustrien etter lovendringen hadde fått planlagt sin motstrategi bedre. I «Foreword to the Norwegian edition», etter en lengre latterliggjøring av begrunnelsene for den norske lovendringen, heter det:

«... This is why the present book is very useful and necessary – even though it comes rather too late for the Norwegian debate ...»

#### *Produktansvarsloven av 1988*

Forut for vedtakelsen av produktansvarsloven var det en diskusjon internt i internasjonal og norsk tobakksindustri om hvordan man skulle forholde seg til lovgivningsprosessen. Det er tydelig at det har vært holdt et møte der dette har vært tema. Dette fremgår av et interoffice correspondence notat underskrevet av Andrew A. Napier fra Philip Morris Europe til B. B. Brook/ J. M. Hartogh datert 15/1-81 (dokument 7). Philip Morris Europe's representant i dette møtet har tydeligvis forsøkt å argumentere for at industrien måtte få inn en bestemmelse i loven der tobakksvarer var unntatt fra erstatningsreglene. Dette fikk han tydeligvis ingen støtte for i møtet, og han oppsummerer flertallets begrunnelse slik:

«When it was suggested that attempts should be made to have a clause inserted into the law itself stating that «inherently defective» products are not covered (e.g. the points made on page 84 and 85 of the Proposal) but without referring to any specific product, the Norwegian's advice was:

1. There is no need.
2. If it was turned down, it could – under the Norwegian legal system – create problems that would not otherwise exist.»

Tobakksindustrien var tydeligvis bekymret for at en lovtekst med dette unntaket ikke ville bli vedtatt.

*Regulering av nye tobakksprodukter i forskrift av 13/10–89*

Forslagene om å regulere nye tobakksprodukter i forskrift i Norge initierte mye aktivitet fra den norske og internasjonale tobakksindustriens side. I notat fra Philip Morris' representant i Stockholm Stig Carlson til Rand Sherif, tydeligvis videresendt til en rekke andre i Philip Morris' system, datert 6/9–89 (dokument 16) oppsummeres industriens aktivitet.

Industrien sørget for å ta kontakt med prisdirektoratet. Og det skulle tas kontakt med Sosialministeren direkte eller via Olav Thon. Den amerikanske ambassadøren i Norge var informert og skulle ha et utspill overfor Handelsdepartementet etter at en direkte kontakt fra industrien til «The State Department in Washington» skulle gi et press mot den amerikanske ambassaden i Oslo.

Kontakt med det svenske utenriksdepartementet skulle føre til aktivitet fra den svenske ambassaden i Oslo til norske myndigheter. PM Europa skulle via kontakter i GATT og EFTA i Genève føre til at det ble gitt signaler til norske myndigheter om at reglene ville være problematiske i forhold til GATT og EFTAs regelverk.

«7. Dag Danielsen has September 3rd and 4th been in contact with the leader of the Progressive Party, Carl I. Hagen, who has received a briefing paper regarding the new law proposal. He will, given the right opportunity, use this as yet another example of secret attempts to pass new laws in a TV debate this evening on Norwegian TV. –We can not guarantee that he can use the material.

8. The chairman of the Parliamentary group of the Conservative Party, Anne-Lise Hoek, was briefed by the former CEO of Tiedemands, Mr Tor Seim, on September 1st. Mrs Hoek will brief her party colleagues.»

Kontakt med NHO førte til at sosialministeren fikk et brev fra den kanten, mens Røykeringen også ble kallet til aksjon:

«Under the leadership of David Rowland and Charles Lister a position document for the smoker's rights group «Roykringen» has been developed. The group is planning to hold a press conference on Wednesday September 6th ...

... The smokers' rights group will also protest against the suggestion that a proven anti-smoking organisation like «Tobaksskaderaadet» is used as an «expert» group on tobacco issues, at the same time demanding that the Norwegian Tobacco Law in the future should be controlled by a neutral Governmental body»

*Merkeforskriften*

Utfra PM dokumentene fremgår det at merking av sigarettpakkene var planlagt i lengre tid før de 16 ulike faretekstene ble innført. I et internt notat fra Olof Stållberg til Mrs. T.L. Wells datert 6. august 1980 kan Philip Morris' kontaktperson i Stockholm melde at «faren er over» for denne gang (dokument 17):

*«NORWAY – Warning Labels*

Referring to my previous correspondence on the above subject I can inform you that the Norwegian social department has decided not to take up the question of a new or additional warning label at present for the reason that they do not want to increase the cost for the industry, which must be compensated in increased consumer prices. As you know the Norwegian Council on Smoking and Health wanted to have 16 different labels as soon as possible as in Sweden.»

Helsedepartementet lyttet til industriens argumenter denne gangen.

Merkeforskriften har tydelig engasjert Philip Morris. I PMs arkiver finnes ulike utkast til merketekster i flere eksemplarer på norsk og oversatt til engelsk. Dokumentene er tydeligvis sendt rundt for å finne argumenter for å stoppe innføring av helseskademerking.

Det er en frustrert PM representant i Stockholm som i 1982 etterlyser handling. Brevet er sendt fra Jan-Erik Grönlund til Stein H. Haugen datert 3/9-82 (dokument 18):

«Thank you for copying me on the letter from the Health Department with regard to the above subject.

At the meeting at Langaard on August 19: I remember Thorleif Løchen saying that there is nothing we as an industry can do to prevent the 16 warning labels from being enforced in Norway. I do not agree with his statement, on the contrary I think that we as an industry should do our outmost to prevent this from happening. I noticed in the last paragraph in the letter from the Health Ministry that they talk about an eventual implementation of the warning labels. I read this as an invitation to argue against warning labels according to the Swedish system.

Please see to it that Thorleif Løchen keeps us promptly informed of the development. I am sure we will be able to find good arguments for preventing this to happen.»

I god tid før merkeforskriften på ny ble tatt opp til behandling, utformer tobakksindustrien en plan for å forhindre innføring av helseskademerking. To udaterte dokumenter fra Philip Morris' materiale (dokument 19 og 20) begge på 4 sider omhandler en plan for denne motarbeidelsen. Disse dokumentene har verken avsender eller mottaker. Dokument 20 med detaljerte tidsangivelser for aktivitetene, dokument 19 inneholder selve planen for aktivitetene i detalj med ansvarshavende for hvert enkelt trinn:

«The countering of these new rules contain a legal defence plan, a government relations plan and a media plan. All plans will be coordinated with PMEEMA Legal, PMAB and the law firm Wiersholm, Melbye and Bech, by counsellor Magnus Hellesylt.»

Dokument 19 inneholder også eksempler på industriens uthalingsstrategier:

«The intention is when the NCSH proposal has been received by the NHA, that step no. 1 is a letter from the NHA questioning several of the elements within the draft, and requesting the scientific background and proofs for some of the texts. The belief is that this will require some considerable time by the Ministry.»

Tobakksindustrien planla å gjøre seg bruk av sine forretningskontakter, handelsorganisasjoner og fagforeninger m.m. Det var også lagt opp en egen mediplan. Her heter det:

«Influential newspapers like VG and Dagens Næringsliv will be informed about the proposal. Hopefully they will give their comments on an editorial level. Such comments tend to be picked up by other medias and read by bureaucrats and politicians.»

#### 5.4 Dokumenter om tilsetningsstoffer i tobakk

Sigaretter har i tidens løp utviklet seg til svært kompliserte produkter med en hel rekke tilsetningsstoffer. Et dokument som anskueliggjør mengden av tilsetningsstoffer i dagens sigaretter, er et internt interoffice memorandum fra RJR, stemplet confidential, datert 27/6-94 (dokument 21) med tittelen «Revised Item Id. Codes for Processed/Reconstituted». Det kommer også klart frem her at sammensetningen av sigaretter endrer seg stadig.

Utviklingen av sigaretter har medført at stadig flere stoffer blir tilsatt under produksjonen. Et stoff som har vært i søkelyset den siste tiden er coumarin.

Et dokument skrevet av Per Danielsen i Philip Morris' konsulentfirma Consultas med adresse i Oslo til Philip Morris Oslo, datert 16/3-87 merket top secret (dokument 22), viser at industrien på dette tidspunktet både var kjent med at coumarin var et ulovlig tilsetningsstoff og at det var helseskadelig. På tross av dette ble coumarin brukt ved sigarettproduksjonen:

*«PROJECT COUMARIN – TOP SECRET*

The national council on smoking and health does not know that coumarin is used in some types of cigarettes but has heard of the substance (source Mr Lund) ...

... The national pollution control authority has no knowledge of how widespread the substance is»

Dokument 23 er et internt Philip Morris notat fra J. Bernhard Robinson til E.G. Charnaud og S. Carlsson datert 11/3-87. Her dokumenteres eksplisitt at enkelte sigaretter i Norge inneholder coumarin:

*«SUBJECT: NORWAY – COUMARIN*

PER DANIELSEN, OUR PR CONSULTANT IN NORWAY, HAS UPON PM REQUEST INVESTIGATED THE LEGALITY AND STATUS OF COUMARIN IN NORWAY ...

D.. ACCORDING TO P. DANIELSEN THE HEALTH AUTHORITIES AND THE NATIONAL COUNCIL OF SMOKING AND

## HEALTH DO NOT KNOW THAT CERTAIN CIGARETTES IN NORWAY CONTAIN COUMARIN»

Et internt notat fra Brown & Williamson signert G.H. Lee, datert 8/4/71 (dokument 24) antyder at coumarin var i bruk som tilsetningsstoff i sigaretter solgt i Skandinavia allerede i 1971.

### 5.5 Påvirkning av forskning/forskere

Det har lenge vært kjent at tobakksindustrien har forsøkt å skaffe til veie «vitenskaplige» opplysninger som kan brukes for å imøtegå medisinske bevis på helseskader av tobakksrøyking. I et internt Philip Morris dokument, udatert, uten avsender og mottaker, skisseres hele strategien til selskapet i forhold til disse spørsmålene (dokument 25):

«... R&D: Continue participation at scientific meetings, publishing of research findings and communication with corporate affairs. Consider sponsorship of a scientific conference on fraud in science ...» (skrevet til med hånd)

Det er ved flere anledninger tidligere forsøkt å avdekke kontakter mellom tobakksindustrien og det norske medisinske forskningsmiljø uten at man har klart å dokumentere dette, bortsett fra et tilfelle fra Trondheim.

Ved søk for å finne mer detaljer om kontakten mellom Trondheim og industrien, dukket et annet tilfelle av kontakt mellom medisinske forskere og tobakksindustrien opp. Det kan nå dokumenteres at et institutt i Trondheim har utviklet en undersøkelsesmetode for måling av nikotin i hår med økonomisk støtte og faglig råd og oppfølging fra Philip Morris. Uttallige utkast av publikasjoner og intern fagkorrespondanse er sendt fra Trondheim til Philip Morris hovedkvarter i USA.

I et brev fra Universitetet i Trondheim ved O.G. Nilsen til Philip Morris Europe ved Dr. R. Dempsey datert 29/10-93 (dokument 26) fremgår det at det planlegges et møte mellom O. G. Nilsen i Neuchâtel, Sveits. I brevet ber Nilsen også om direkte innspill fra industrien:

«As the material we have on our filters are very valuable, we have decided to ask for your comments and advise on our suggested extraction methodology described below as you probably will have a high expertise in this field»

I korrespondansen vedrørende prosjektet om måling av nikotin i hår som finnes i Philip Morris materiale, er flere overføringer av midler fra industrien dokumentert. Det første dokumentet vi har funnet (dokument 27), gjelder året 1990. Dokumentet er en faktura utstedt av Odd G. Nilsen 21/3-90 som gjelder et krav på NOK 1 840 000,- til Covington & Burling i Sverige.

Dokument 28, 29 og 30, alle datert 26/6-92, stammer fra Philip Morris materialet og er tre fakturaer utstedt av Odd G. Nilsen til Covington & Burling, att. Charles Lister, en person som er omtalt i Philip Morris dokumentene. I alt beløper de tre fakturane seg til 150.000 US \$ som skal overføres konto i Fokus Bank, filial NTH, Gløshaugen for «Project: Hair Nicotine – 92»

I brev fra Ruth Dempsey ved Philip Morris arkivet til professor Odd G. Nilsen datert Neuchâtel 25/2-94 (dokument 31) heter det:



«We thus confirm that we will fund to the extent for NOK 190.000 of this investigation ... This funding is to cover the period up to December 1994»

I tillegg kom lønnsutbetalingen til Odd Nilsen selv med 31 000 sveitsiske franc, jfr File status as of 13.07.94 (dokument 32) der det heter:

«Our outstanding commitment on the Nicotine in Hair project amounts to NOK 95.000 for the project itself, and a further CHF 31.000 for Odds time in this project»

Det er dermed i Philip Morris materialet dokumentert overføringer på ca. 3 millioner kroner for gjennomføring av forskningsprosjekt i Norge.

## 6 Industriens relasjon til Statens tobakkskaderåd

---

En av de mest oppsiktsvekkende gruppene av dokumenter er dem som dokumenterer industriens forsøk på å påvirke myndighetenes arbeid mot tobakkskader. På grunn av industriens store kunnskap om tobakksproduktene synes myndighetene i mange sammenhenger prisgitt industriens anbefalinger.

Et av de klareste eksemplene finnes i et internt Philip Morris dokument fra Stig G. Carlson til Georges Diserens datert 30/9-93, merket strictly confidential (dokument 33) der det heter:

«Enclosed please find a short message from Truls Johansen. This signals that he has now advanced in his contact with the Tobakkskaderadet (TSR) to the point where TSR has put aside a budget for research on RYO <sup>1188</sup> T/N deliveries, using German DIN method.

As the TSR budget, estimated by Truls to NCr. 25.000,-, is not likely to be enough, the recommendation is that the German lab we have been advised to use would get a direct financial support from PM, offering the research to TSR at NCr. 900,- brand.

As we discussed at the bi-monthly meeting in August, such a project would not only be of interest in Norway, but also in Finland (and, in EC, in the Netherlands).

Could you please let me know what's your position regarding the proposal?»

Philip Morris hadde altså i dette tilfellet, tilsynelatende gjennom gjentatte kontakter med Tobakkskaderådet, klart å få igangsatt en undersøkelse av nikotin og tjæreinnhold i røyken fra hjemmerullede sigaretter, trolig for å øke sin egen markedsandel (Philip Morris produserer, kun ferdigrullede sigaretter). Tobakkskaderådet ser ut til å ha lyttet til Philip Morris sitt råd om valg av laboratorium, og Truls Johansen ville her at Philip Morris, tydeligvis uten Tobakkskaderådets viten, skulle dekke en andel av kostnadene ved undersøkelsene ved laboratoriet. Begrunnelsen synes å være at resultatene ville tjene Philip Morris spesielt i Norge, Finland og Nederland, alle land med stor andel av røykere som røykte hjemmerullede sigaretter. En kan bare spekulere på om PM ved et bidrag til det tyske laboratoriet ville hatt innvirkning på resul-

1188.RYO er forkortelse for «Roll your own» det vil si hjemmerullede sigaretter – rullings.

tatet av undersøkelsene der, og forfatterne av denne rapporten vet heller ikke om forslaget til Philip Morris ble gjennomført.

Telefaks av 29/9-93 fra Truls Johansen i Conrad Langaard as til Stig G. Carlson i Philip Morris Stockholm (dokument 34) øker sannsynligheten for at hendelsesforløpet skissert overfor ble gjennomført:

«Subject: RYO

Refer to our phone yesterday. I suggest the following procedure:

1. Your laboratory should address its letter to:  
The Norwegian National Council on  
Smoking and Health  
P.Box 8025 Dep  
0030 Oslo, Norway  
Marked for the attention of Mr. Arne Hauknes
2. The letter should refer to the interest expressed by the Council to have RYO tobaccos analysed according to an accepted method.
3. Give a short reference to the German Food Control Manual, issued by the Gesundheitsamt on the issue. A brief outline of the method should also be given.
4. Give an offer of measuring Norwegian RYO brands at NOK 900,- per brand.»

Materialet viser også at tobakksindustrien har hatt interne kontakter i Norge som har holdt dem oppdatert om hva som rører seg i forskningsmiljøer og anti-tobakksmiljøer. En kuriositet i denne sammenhengen er et svært detaljert referat fra en konferanse i Oslo der foredragsholdere blir karakterisert på de merkeligste måter. En sentral norsk kreftforsker blir omtalt som «an extremely dictatorital caracter», noe som etter vår bedømmelse passer svært dårlig på vedkommende.

### **6.1 Striden om Barclay-lanseringen**

Da Barclay-sigarettene ble lansert på verdensmarkedet i begynnelsen av 1980-årene, førte det til en opphetet og langvarig strid mellom tobakksselskapene. Barclay-sigaretten ble utviklet av selskapet Brown & Williamson i USA. Brown & Williamson samarbeidet med J. L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. om lanseringen på det norske markedet, og dette resulterte i en rekke dokumenter, som er å finne i Minnesota Depository – både i Brown & Williamson og Philip Morris dokumenter. Philip Morris var forståelig bekymret for sine egne markedsandeler når Barclay-sigaretten ble lansert. Målemetodene som ble brukt av myndighetene, viste lave nivåer av nikotin og tjære. For tobakksfabrikanten Philip Morris var det relativt enkelt å avsløre Brown & Williamsons forsøk på å lure myndighetene. Philip Morris forsøkte tidlig å stoppe sigaretten i ulike land ad juridisk vei. En rekke dokumenter, spesielt fra Philip Morris arkiver, er svært informative når det gjelder Barclay-sigaretten og konstruksjonen av dens filter.

I brev fra Philip Morris' advokat Ole A. Bachke jr. i Wiersholm, Bachke og Helliesen til J. L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. att. Director Tore Seim datert 30/9-83 i engelsk oversettelse oversendt Philip Morris (dokument 35) er konflikten spissformulert til en trussel:

«IF THE INTENTION IS TO DECLARE THE SAME FIGURES FOR TAR AND NICOTINE HERE IN NORWAY AS IN OTHER COUNTRIES, PHILIP MORRIS WILL CONTACT THE NORWEGIAN AUTHORITIES AND INFORM THEM OF MISLEADING CHARACTER OF THESE FIGURES AND PROVIDE THEM WITH TEST DATA DEMONSTRATING THAT «BARCLAY» DELIVERS SIGNIFICANTLY HIGHER AMOUNTS OF TAR AND NICOTINE THAN CLAIMED BY BAT <sup>1189</sup> IN OTHER COUNTRIES»

Men Brown & Williamson og J. L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. lot seg ikke stoppe. Dokument 36 – et internt Philip Morris International-dokument datert 25/8–84 fra H.W. Gaisch til B.B. Brooks – synes å vise at Philip Morris International fulgte opp trusselen i over nevnte brev:

«Please find enclosed a memo by J.-E. Grönlund and a Norwegian newspaper article. So our visit to Oslo earlier this year was perhaps not in vain.»

I det vedlagte brevet, 2. og 3. avsnitt heter det:

«The enclosed article from the major Norwegian newspaper «Dagbladet» of August 18 discusses the Anti-Smoking Council's decision. The article refers to a report by the Anti-Smoking Council to the Health Directorate where it is said that the consumer fools himself by smoking Barclay. The tar content is at least four, probably ten times as high as the 1 mg declared. For this reason the Anti-Smoking Council proposes to issue new instructions for measuring the tar content.

The enclosed article in my view is very negative for Barclay, especially the disgusting picture and the headline saying «The Fake Cigarette – says the Anti-Smoking Council.»

Dokument 37 er en gjennomgang av Philip Morris Internationals aktivitet i forhold til Brown & Williamson og J. L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S.s lansering av Barclay.

I et internt Philip Morris dokument fra H.W. Gaisch til W. Thoma datert 4/6–86 (dokument 38) oppsummerer Philip Morris situasjonen når det gjelder Barclay i det finske og norske markedet:

«We have seen that negative press campaigns against Barclay tend to enhance consumer curiosity. Therefore, my suggestion is to hit the market (e.g. Norway, Finland, GCC) with a direct competitor, i.e. EX-IT»

PM hadde på denne tiden innsett at slaget var tapt og hadde begynt å utvikle sine egne light-varianter.

## **6.2 Andre kilder til relevante dokumenter og informasjon**

Det er etter hvert etablert en hel rekke med web-sites der dokumenter som omhandler tobakk er tilgjengelig. De mest interessante dokumentene er sannsynligvis de 220 000 dokumentene som tobakksindustrien hevdet var privilegert i Minnesotasaken. Ca 41 000 av disse dokumentene ble frigitt på slutten av saken; Disse er ikke tilgjengelige i Minnesota Tobacco Depository, men kun på internett. Ved andre søksmål vil eventuelt de ikke frigitte dokument-

1189.BAT er forkortelse for British American Tobacco

ene kunne frigis. Vurderingen av om et dokument skal få statusen privileged er konkret i forhold til hvert søksmål.

Som tidligere nevnt er indeksene ofte begrensningen når store mengder dokumenter skal gjennomgås. Det er på det rene at mange av de viktige dokumentene ikke engang vises som treff ved søkene. Smokescreen Action Network har startet arbeidet med å gjøre de 41 000 frigitte dokumentene tilgjengelige for fulltekstsøk. Website adressen for dette prosjektet er <http://www.smokescreen.org/documents>

### 6.3 Oppsummering

Denne gjennomgangen av materialet fra pilotsøket i Minnesota-arkivet viser at det har vært en nær kontakt mellom norsk og amerikansk tobakksindustri, særlig med Philip Morris. Kontakten har dreiet seg om ulike emner. Dokumentene som omtales i denne rapporten, er valgt fordi de eksemplifiserer dokumenttypene som er funnet.

Dokumentene viser at norske helsemyndigheter ofte er blitt motarbeidet av en samarbeidende industri på tvers av landegrensene. Materialet eksemplifiserer også manipuleringsstrategier brukt av den internasjonale tobakksindustrien for å motvirke norske regelendringer, som industrien fryktet kunne spre seg til andre land og slik minske omsetningen av tobakk. Det går tydelig frem at det er lagt ned mye ressurser fra industriens side for å følge utviklingen i Norge.

Minnesota-materialet viser at det finnes flere dokumenter med relevans for Norge som ikke kommer opp som treff ved søk i databasen. Ved gjennomgang av et fåtall bokser i arkivet har flere dokumenter med tilknytning til Norge dukket opp uten at disse har vært kodet slik at de kunne finnes ved søk i databasen. Det er også flere eksempler på at sider av dokumentene mangler, og at vedlegg ikke følger hoveddokumentene. Som en kuriositet kan det nevnes at vi ved parallelle søk i samme database fikk ulike treff på samme søkerord.

Videre søk i Minnesota-materialet, med utgangspunkt i det materialet som allerede er funnet, ville ganske sikkert gi flere nye interessante dokumenter. Det er også på det rene at amerikansk tobakksindustri besitter en rekke dokumenter om Norge av større interesse enn dem som ved en tilfældighet, ble frigitt ved et rettsforlik inngått i en sak med utgangspunkt i amerikanske forhold. Enda klarere er det at skandinavisk og spesielt norsk tobakksindustri, er i besittelse av de største samlingene og de viktigste dokumentene av interesse for Norge. På denne bakgrunn er det oppsiktsvekkende hvor mye informasjon om norske forhold dette foreløpige søket i Minnesota-arkivet har gitt.

Ved en mer grundig gjennomgang av det innhentede materialet på et senere tidspunkt, vil det være viktig å bruke erfarne researchere med kunnskap om feltet for å kunne vurdere og analysere materialet fullt ut. Det vil videre være av særlig interesse å komplettere søket ved hjelp av de ulike nettsitene med tobakksdokumenter.

*Oversikt over refererte dokumenter*

#### **Dokument nummer Batesnummer**

Dokument 1 TIMN 395146

Dokument 2 2021594376 – 8  
Dokument 3 50629 0473 – 7  
Dokument 4 2023036905 – 15  
Dokument 5 50433 1026 – 1034  
Dokument 6 2501021713  
Dokument 7 2024974830 – 2  
Dokument 8 2024970764 – 71  
Dokument 9 1002610115  
Dokument 9A 50062 9166 – 8

**Dokument nummer Batesnummer**

Dokument 10 TIMN 0166198 – 205  
Dokument 11 TIMN 284930 – 1  
Dokument 12 2504065598 – 621  
Dokument 13 2501048623 – 33  
Dokument 14 2024974485  
Dokument 15 2501047201 – 7  
Dokument 16 2024923784B – 85  
Dokument 17 1000041528  
Dokument 18 0000120805  
Dokument 19 2501240776 – 79  
Dokument 20 2501240780 – 83  
Dokument 21 50989 5413 – 16  
Dokument 22 2501046314 – 17  
Dokument 23 2501046311A – 12

**Dokument nummer Batesnummer**

Dokument 24 670304402 – 03  
Dokument 25 2021398529 – 36  
Dokument 26 2029198144 – 8145  
Dokument 27 2028372393  
Dokument 28 2023592255  
Dokument 29 2023592254  
Dokument 30 2023592275  
Dokument 31 2026221507  
Dokument 32 2026221461  
Dokument 33 2501249011A  
Dokument 34 2501249011B – 11C  
Dokument 35 2501008508  
Dokument 36 2023102739  
Dokument 37 2023266036  
Dokument 38 2023102269 – 71

**Vedlegg 10****Rapport fra gjennomgang av dokumentene i Guildford Depository**

*Av Vidar Birkeland, Pål M. Andreassen og Lars Duvaland*

**1 Guildford Depository**

---

Guildford Depository ble åpnet for allmennheten som et resultat av Minnesota-forliket i april 1998. Arkivet inneholder ca 46 000 arkivfiler med til sammen 8–10 millioner sider. I motsetning til Minnesota Tobacco Depository der en nøytral tredjepart har ansvaret for driften av arkivet, er Guildford Depository drevet av British American Tobacco. Arkivet er lokalisert i en lagerbygning eid av British American Tobacco i Slyfield utenfor Guildford ca en times kjøring sørvest for London. Den juridiske oppfølgingen av de besøkende i arkivet håndteres av British American Tobaccos advokatfirma, Europas største.

Selv om dokumentene offisielt er tilgjengelige for allmennheten, er det erfaringsmessig vanskelig å få tilgang til arkivet. Guildford har ikke faste åpningstider, og det må avtales skriftlig god tid i forveien dersom arkivet skal besøkes. Det er også flere eksempler på at ulike personer og organisasjoner er blitt nektet tilgang. Utsendelsen av kopier av dokumentene etter bestilling tar flere måneder.

**2 Pilotsøket ved Guildford Depository**

---

Søk ved Guildford Depository er gjennomført i to runder. Vidar Birkeland, Pål M. Andreassen og Lars Duvaland arbeidet med søk i arkivet i perioden 20/12–22/12 1999. Asbjørn Kjønsstad, Ayala Orkan, Pål M. Andreassen og Lars Duvaland fortsatte arbeidet 5/1–8/1 2000.

Det ble gjennomført søk med utgangspunkt i arkivets database. I arkivet er det kun to datamaskiner tilgjengelige for søk, noe som ytterligere forsinket arbeidet. Indeksen er basert på dokumenteier, dvs. saksbehandler i British American Tobacco. Overskriftene på dokumentene er ofte kodet slik at kun de ansatte i British American Tobacco har mulighet til å finne fram i systemet. Som eksempel på en prosjektkode kan nevnes «Kentucky-prosjektet» som visstnok omhandler prissamarbeid i Skandinavia. Det er ikke mulig å søke på avsender, mottaker, tema eller fulltekst. Som eksempel på dette kan nevnes at søk på «Seim» (en sentral person i J.L. Tiedemanns Tobaksfabrikk) ga null treff. Likevel fant vi mange dokumenter i arkivet ved våre søk der Tor Seim i Tiedemanns var avsender eller mottaker. Prosjektkodene og andre opplysninger som kunne gjøre søkingen lettere, er ikke gjort tilgjengelige for researchere som oppsøker arkivet. Alle henvendelser av juridisk karakter i forbindelse med arkivsøket må rettes til BAT's advokat som til enhver tid er til stede, men som sjelden gir informasjon som letter arbeidet.

Under søket fikk vi mange treff på dokumenter som BAT's advokater hevdet var «privileged» i henhold til en kjennelse fra domstolen i Minnesota, det vil si unntatt offentlighet fordi de var interne dokumenter eller inneholdt forretningshemmeligheter. Denne kjennelsen slo fast at i alt ca 240 000 sider av de totalt 35 millioner sidene som tobakksindustrien hadde innlevert til retten, skulle være «privileged».

Det er påfallende at vi ved søk tilknyttet Norge kunne få treff på flere dokumenter som skulle være «privileged», slik det ble hevdet av British American Tobaccos advokater. Enkelte ganger var det svært vanskelig å forstå ut fra sammenhengen at det var tale om et dokument som kunne være til skade for industrien av rent forretningsmessige årsaker. For eksempel der enkelte sider midt i et dokument om helserelaterte spørsmål i Norge ble hevdet å være «privileged».

Etter at vi ved flere søk hadde truffet «privileged» dokumenter, gjennomførte vi en praksis der British American Tobaccos advokater skriftlig måtte bekrefte at dokumentene var unntatt i henhold til listene fra domstolen i Minnesota. Formålet med dette var at vi ved en senere anledning kunne dobbeltsjekke om de aktuelle sidene virkelig var unntatt offentligheten etter den aktuelle kjennelsen.

På grunn av den store dokumentmengden som finnes i Guildford, de begrensede søkemulighetene og den knappe tiden vi har hatt til disposisjon, er det arbeidet som er utført kun å betrakte som et pilotprosjekt. Et videre arbeid i Guildford kunne ta utgangspunkt i indeksen som er utarbeidet av Robins, Kaplan, Miller & Ciresi. Et lengre opphold i Guildford-arkivet kunne også gjøre det mulig å «knekke» kodesystemet, noe som ville lette research-arbeidet vesentlig.

### **3 Resultater av søket**

---

Ved gjennomgangen av arkivet ble det søkt på flere søkeord. Søk på «Norway» ga treff på 14 arkivfiler. Hver fil inneholder som regel mellom 10 og 30 dokumenter. Arbeidet ble forøvrig konsentrert om filer registrert på «Skandinavia» og «INFOTAB»<sup>1190</sup>. Det ble bestilt kopier av interessante dokumenter. På grunn av at andre research-grupper har erfart at det har tatt svært lang tid før kopiene blir mottatt, ble det skrevet ned sitater fra en del av de sentrale dokumentene. I og med at kopiene av dokumentene i skrivende stund ikke er mottatt, er grunnlaget for denne rapporten notatene fra gjennomgangen i arkivet. Vi har av nevnte årsak heller ikke hatt anledning til å kontrollere og dobbeltsjekke sitater, datoer, sidehenvisninger og lignende som blir benyttet i det følgende.

#### **3.1 Arkivfiler indeksert på «Norway»**

##### **10.3.1.1 Arkivfil BC 0178 (p 503091780 – 503091784)**

Denne filen inneholder en del forretningsbrev fra 1977–78 mellom BAT ved R. W. Henschley og J.L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A/S Norsk – Engelsk

<sup>1190</sup> INFOTAB er en fellesorganisasjon for tobakksindustrien med formål å samordne industriens informasjon, kommunikasjon og argumentasjon internasjonalt se vedlegg om gjennomgang av dokumentene i Minnesota Depository punkt 5.1.

Tobakksfabrikk (NETO) ved Tor Seim. Blant annet diskuteres det i korrespondansen hvordan fortjenesten ved prisstigning skal deles mellom de to bedriftene.

I denne filen finnes også noen dokumenter hvor Tiedemanns ved Tor Seim informerer BAT ved R. L. O. Ely om et TV-program som skulle ledes av Kate Knowls fra Thames Television i 1985. I et notat fra Seim uttales det blant annet:

«The industry is of the opinion that the research work up to now does not prove that environmental smoke is a health danger for adults. (...). Big headlines in the massmedias can only contribute to spread fears which are not real.» (p 503091815)

Her uttaler J.L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. seg om at passiv røyking ikke fører til helseskader. Dette var på samme tid som arbeidet med den norske «røykeloven» ble startet.

I denne filen er det også en del dokumenter som omtaler rapporten fra Statens tobakksskaderåd om passiv røyking. Rapportens oppsummering og lovutkast er oversatt til engelsk (17 sider). I et brev av 22. august 1985 fra Tiedemanns ved Tor Seim til BAT ved R. L. O. Ely uttales at det nå er opp til de politiske myndigheter å bestemme:

«Needless to say, we are opposing this as strongly as we can and we are preparing our activities in various directions.

In co-operation with one PR agent we are planning some activities directed to the consumers, trying to get some assistance from trade organisations, hotel and restaurants and eventually Trade Unions and Employees Confederation.

We have also established a close contact with INFOTAB in order to counter argue the various statements in this report both as regards chapter 2.0. Passive smoking; medical and hygienic conditions but also regards other chapters in the report.» (p 503091791)

Her uttales det eksplisitt at man er imot forslaget til den norske «røykeloven». Lovforslaget var særlig begrunnet i helsemessige hensyn. Disse skulle altså settes til side for å fremme tobakksindustriens interesser. Norsk tobakksindustri ville bruke arbeidslivets organisasjoner for å motarbeide innføringen av «røykeloven», deriblant Hotell- og restaurantforbundet som vi vet spilte en helt sentral rolle som «bremsekloss» når det gjaldt innføring av «røykeloven».

#### **10.3.1.2 Arkivfil FC 0121 (p 301044060 – 301044316)**

Her omtales sigarettmerket Barclay, Actron-filteret og målemetoder for nikotin og tjære samt hvor mye av disse stoffene røykerne får i seg. Sentralt står en rapport av 15. juni 1984 og 10. juli 1984 som er utarbeidet for Statens tobakksskaderåd av Dr. Richard C. Frecker, Canada og Mr N. Orlie, Norge. Det konkluderes med at Barclay skulle hatt en deklarasjon med 4–7 ganger mer tjære, nikotin og karmodoksyn enn det som står på pakken. (p 301044302)

Den 12. oktober 1984 ble det sendt følgende meddelelse fra Brown and Williamson ved T. Humber til British American Tobacco ved Richard Haddon



og Nick Camen med kopi til Erkki Salo og Suomen Tupakka Oy, Helsinki Finland:

«Because of the critical situation in Norway we have concluded that the Frecker report should be analyzed and critiqued by a group of independent scientists who have the credentials to correctly assess the Barclay science.

Our plan is for Tor Seim to ask professor Paasonen of the University of Helsinki to head such a group of scientists and to prepare a report that Mr. Seim would provide to the tobacco council and Dep. of Social welfare in Norway...

As you know, we are at a crucial juncture with Barclay on a number of fronts. Clearly, developments in any country will have impact elsewhere. We thus ask that all developments, no matter how insignificant, be reported immediately. It is particularly important that all governmental contracts regarding the Barclay controversy be cleared with the BAT team taking any action.»

Her ser vi at Brown & Williamson vil bruke direktør Seim i Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. til å forsvare sitt omtvistede og «suksessrike» sigarettmerke Barclay.

Den 11. november 1984 skrev kontorsjef Arne Hauknes i Statens tobakkskaderåd en artikkel i Arbeiderbladet om «Måling av tobakksgifter». Han var sterkt kritisk til de målemetoder som ble benyttet og til sigaretter som utgis for å være milde. Artikkelen ble oversatt til engelsk og sendt til BAT og Tiedemanns ved Tor Seim. Vi har ikke funnet kommentarer til denne artikkelen, men det kan skyldes at mange dokumenter mangler og/eller er tatt ut av arkivfilen.

Den 13. november 1984 ble det arrangert en konferanse på Bristol hotel i Oslo om «A scientific presentation of the Barclay cigarette». Møtet ble åpnet og avsluttet av Tor Seim fra J.L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S.. Programmet viser at man hadde åtte foredragsholdere som var professorer i medisin og tilgrensende fag ved kjente amerikanske universiteter og institutter: T. D. Donby, A. J. Backe, Wim. Cain, R. Kamm, L. Fine, Gis Gou, J. Mc Namee og Charles Keith. Temaene knytter seg til Actron-filteret, målemetoder og menneskelige inntak av stoffene i Barclaysigarettene (p 301044202).

Selv om dette møtet etter sitt program handlet om målemetoder, er det viktig å understreke at en rekke medisinske eksperter var samlet i Oslo på et møte hvor Tor Seim spilte en sentral rolle. Her har norsk tobakksindustrien hatt muligheter til å skaffe seg avgjørende informasjon om helseskader som knytter seg til tobakksbruk.

Barclay fikk en betydelig andel av det norske sigarettmarkedet fra dette merket ble lansert i 1983 og utover i 1980-årene. Konkurrentene, særlig Philip Morris ved advokat Ole A. Bache (p 301044238) reagerte på dette. Etter at Barclay hadde tapt en rettssak i Sveits, ble det sendt ut en pressemelding som ble oversatt til engelsk. Følgende ble sendt til BAT 22. november 1984:

«A cigarette not that «mild» as it pretend to be: (...) The filter is cheating.

According to the decision, the measuring behind the controversial declaration are correctly conducted from a technical point of view. When the cigarette is smoked in the «normal» way, however, the pres-

sure from fingers and mouth on the filter will have the effect that the concentration of tar and nicotine become higher than stated in the original declaration of contents.» (p 301044193)

Konsulentfirmaet Intervaco utarbeidet på vegne av Tiedemanns en pressemelding, som også ble oversatt til engelsk:

«Incorrect allegations concerning the measuring of cigarettes. The competitors' attacks on Barclay are not founded on facts».

Denne ble oversendt til BAT den 23. november 1984 (p 3010044192–301044194).

Advokat Gunnar Thommesen var engasjert av J.L. Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. til å ta seg av Barclay-saken, og flere beskjeder fra ham til BAT er på engelsk, men vi har ikke funnet noen juridisk redegjørelse fra ham. Det fremgår at han antakelig sendte et brev til Helsedirektoratet 7. desember 1984, men den engelske oversettelsen som er nevnt på p 3010044160 er ikke blant dokumentene, hvor p 301044161–301044173 mangler.

Det fremgår av p 301044146 at Tor Seim den 18. oktober 1984 har skrevet et brev til professor Matti K. Paasonen om å gjennomgå rapporten fra Frecker og Orlien. Paasonen engasjerte professorene Gabriel L. Plaa, University of Montreal og David P. Westfall, University of Nevada som medarbeidere.

Disse to professorene avga sin rapport på 12 sider til Tiedemanns tobakksfabrikk 10. desember 1984. Her uttales det blant annet:

«Based on our reading of the cotinine literature, Barclay appears to be appropriately ranked with other ultra-low tar cigarettes. Specific points.» (p 301044150)

«In summary, claims have been made that the daily nicotine and tar bio-available from Barclay cigarettes relative to other ultra-low tar cigarettes is much larger than smoking machine test predicts. However, the Gou and Lynch studies do not support this contention and further demonstrate that the deliveries measured by the smoking machine procedure agree quite well with the relative value determined by cotinine level method.

3. There seems to be little doubt that individual smokers can subvert the filtration system of ultra-low yield cigarettes such that there can be a substantial increase in bio-available nicotine.» (p 301044153)

I oversendelsesbrevet fra professor Paasonen til direktør Tor Seim uttales det:

«In addition, I wish to emphasise that in our opinion the introduction of any cigarette holder, which blocks the ventilation in the testing machine would be most unfortunate. It could undermine the use of ultra-low tar cigarettes, favour the higher tar cigarettes, and prevent the future development in the field. I have a few days ago spoken with Ms Annukka Leppänen, head of the Tobacco Laboratory (...) Finland (UTT) and learned that there are no plans to employ the Copeland holder instead of the Cambridge holder presently used for cigarette testing in Finland.» (p 301044146)

I et brev av 2. januar 1985 fra Tiedemanns ved Tor Seim til Brown and Williamson (Europe) Belgia ved Claude De Wolf blir det orientert om et program i

NRK om å lære lytterne å slutte å røyke. Hele programmet ble oversatt til engelsk. I oversendelsesbrevet nevner Seim blant annet at:

(...) the program was based on the idea that you should gradually switch to cigarettes with a lower nicotine content. In preparing the course a list has been published covering the various cigarette brands on the Norwegian market. Barclay was topping the list (...).

Philip Morris' Norwegian attorney immediately reacted to the list published by the Norwegian Broadcasting.» (p 301044143).

Et brev av 21. september 1984 fra advokat Gunnar Thommesen til British American Tobacco ved Nicholas Cannan avsluttes slik:

«Further upon request by Mr Seim, I enclose copies of notices in Tobacco International for July 20th, and Monthly Report for June, 1984, of Campbell-Johnson Limited Smoking and Health.»

Dette kan tyde på at Seim fikk jevnlige opplysninger om helsespørsmål som han videreformidlet til sine forretningsforbindelser.

I en oppfølgingsrapport av 21. januar 1985 fra Richard Frecker opplyses det at det ble holdt et møte i Oslo 14. november 1984 med «Dr. H. W. Gaish, a Chemist from Philip Morris (Switzerland), and Mr. S. H. Haugen, a Philip Morris representative in Oslo.» (p 301044097)

Av brev fra Tiedemanns ved Tor Seim til professor Paasonen 31. juli 1985 fremgår det at Richard Frecker deltok på konferansen i Oslo høsten 1984. Seim oversender tilleggsrapporten fra Frecker, refererer et forslag fra den og ber Paasonen vurdere dette. Seim sender kopier av dette brevet til Brown and Williamson ved R. W. Sachs, advokat Thommesen, N. B. Camen, Claude De Woy og E. Salo.

Artikkel i VG 8. august 1987 om Barclay: «The fact that Barclay should be a low tar cigarette is only a partial truth.» Kontorsjef Arne Hauknes i Statens tobakkskaderåd uttaler at vi visste at disse sigarettene var uriktig deklart.

Brev av 14. august 1987 fra Tiedemanns ved Johan H. Andresen til E. Pappes, M. L. Hendershot og C. D. Woy: Tiedemanns har besluttet ikke å svare på artikkelen i VG, men å sende et rundskriv til forretningsforbindelser m.m. Dette er oversatt til engelsk.

Barclay-saken viser at Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. var sterkt inne i diskusjonen med medisinske eksperter og BAT om helsevirkningene av tjære, nikotin og lignende. Hensikten må ha vært å tildekke at Barclay kunne være like helseskadelig som andre sigarettmerker for å få solgt mest mulig av dette produktet.

#### **10.3.1.3 Arkivfil E 302 p 103378942–103378974**

Her er det en del korrespondanse fra 1966 vedrørende kjøp av Batex tobakk fra British American Tobacco. Korrespondansen foregår mellom S. J. Green og J. P. Johansen. I forbindelse med dette var også Johansen i Southampton og det sies i et brev fra Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S.:

«(...) I wish to express my sincere thanks for the great hospitality shown to Mr. Johansen, and for all the valuable information so freely given.» (p 102278948)

Det viser seg imidlertid at Tiedemanns aldri inngikk kontrakt om Batex på grunn av misnøye med resultatet. Brevet er en klar indikasjon på at BAT har gitt omfattende informasjon til Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S..

#### **10.3.1.4 Arkivfil FC 1160 p 301174929–301175027**

Denne arkivfilen inneholder blant annet korrespondanse fra 1988 mellom Shook, Hardy & Bacon (B & W's advokatfirma) og Lowell White Durrant (BAT's advokatfirma) om et planlagt saksanlegg i Norge ved Harry Bakkevold mot tobakksindustrien om erstatning for helseskader. Dette blir tatt svært alvorlig, og det uttales blant annet:

«Clearly the Nordic developments will have to be monitored carefully.» (301174932)

Videre inneholder arkivfilen en høringsuttalelse til nye merkingsregler for tobakk for 1991. Uttalelsen er utarbeidet for Tobakksindustriens Felleskontor av Wiersholm, Mellbye og Bech (PMI's advokatfirma i Norge). Her imøtegås flere uttalelser fra departementet om forholdet mellom røyking og helse. Det kreves gjennomgående statistiske/vitenskapelige bevis på alle uttalelser om forholdet mellom røyking og helse. Det anføres vitenskapelige undersøkelser i industriens favør uten at kildene oppgis.

Korrespondansen viser at norsk tobakksindustri har involvert seg i medisinske spørsmål om helsefarer ved røyking, og prøver å benekte og minimalisere disse.

Arkivfilen inneholder også et brev fra Felleskontoret til Sosialdepartementet hvor det svares på en henvendelse om «Measures for protection from the injurious effects of tobacco.» (Brevet er oversatt til engelsk.) Departementet kritiseres for å ha for lite vitenskapelig dokumentasjon om helseskadene forbundet med røyking. Det nevnes særlig en konferanse i Wien hvor to professorer – G. Lehnert og D. Schmäll – ga uttrykk for at helseskader som følge av passiv røyking ikke var dokumentert.

Også her involverer norsk tobakksindustri seg i helsespørsmål.

#### **10.3.1.5 Arkivfil G 3575 p. 102965201–102965264**

Her gis det en beskrivelse av Tiedemanns/NETO's struktur. Det sies at NETO AS er heleiet av Tiedemanns, og at det er NETO som er agent og distributør i Norge for BAT. Videre uttales det at det er BAT Millbank som er ansvarlig for alle markedsføringsomkostninger i Norge.

Videre inneholder arkivfilen et program for Tiedemanns besøk til BAT Group Research and Development Centre. Tilstede var Seim, Johansen, Tunold (marketing manager BAT products) og Jansen (Product Development Manager).

*Program:*

10.00–10.30: Mottakelse, generell diskusjon (Blackman/Heard)

10.30–11.15: Produktutviklingstrender for BAT produkter i det norske markedet (Conway/Creighton)

11.15–12.00: Analytic laboratory, Flavour laboratory, Taste and Flavour laboratory (Conway) (skal også møte Dr. Evelyn og Mr. Wood)

12.00–12.45: Forskningslaboratorier

Lunsj

14.00–15.00: Smoking and health aspects and closing discussions (Blackman/Heard/Ayres/Conway)

Programmet viser at det ikke bare var forretningsmessige spørsmål som ble drøftet, men også helsemessige konsekvenser av røyking. Det er viktig å merke seg at tilsetningsstoffer ble drøftet.

#### **10.3.1.6 Arkivfil FC 0119 p. 301051607 – 301051701**

Her er et dokument som tar for seg Barclays utvikling i Norge. Det sies at tidspunktet for introduseringen av Barclay ble valgt fordi det på det aktuelle tidspunkt (3. oktober 1983) ikke var tillatt å informere om tjære og nikotininnhold i sigaretter. Dette var en fordel fordi man da ville kunne arbeide i fred for konkurrentene en tid.

Intervaco AS sto for PR-aktivitetene rundt Barclay. Firmaet arbeidet i hovedsak med å få medieomtale av Barclay. Ikke alle forsøk var like vellykket:

«Intervaco AS managed to persuade Aftenposten (the biggest newspaper in Norway) to make an article on the background that Barclay with the Actron filter was «a pioneer» in the low tar segment. Unfortunately the journalist which was briefed on beforehand, was unable to meet, and a new journalist met Doctor Stungis, Doctor Darby. It was obvious that the article didn't help Barclay much.» (301051613)

Det omtales også et TV-program på NRK hvor det ble uttalt av det finske statslaboratoriet at:

«(...) low tar cigarettes was just as dangerous to your health as strong cigarettes because the smoker will compensate in smoking a different way.»

Rapporten sier videre at det ble jobbet hardt med å arrangere en vitenskapelig presentasjon av Actron-filteret for norske myndigheter. Det ble også sendt ut en markedsundersøkelse i form av spørreskjema i 2000 Barclaypakker.

Filen inneholder videre norske avis-/tidsskriftsartikler oversatt til engelsk. Som eksempel kan nevnes en artikkel i «Køffbladet»; «*The consumer's interest in milder cigarettes is increasing*» og en artikkel fra bladet «Tobakk» med tittelen «*Disputed cigarette with aerodynamic filter.*»

Videre inneholder filen en rapport fra Intervaco (reklamefirmaet som skulle lage PR for Barclay) om hvordan man skulle gå frem i forhold til både myndigheter og markedet. Det ble lagt vekt på en offensiv strategi.

Filen inneholder videre over 90 sider med en oversettelse til engelsk av et røykeavvenningskurs som gikk på NRK radio høsten 1984 ved Anne Skard, Per Schioldborg og Bjarne Waaler.

Alt dette viser hvor omfattende kommunikasjon det var mellom Tiedemanns Tobakksfabrikk A.S. og BAT. Barclays filter og dets helsemessige og salgsmessige konsekvenser er et sentralt tema.

**10.3.1.7 Arkivfil AC 0258 p. 402062290 – 402062359**

Denne arkivfilen inneholder dokumenter om patentspørsmål. Det meste av dette er knyttet til actronfilteret som ble patentert i Norge i 1987. Brev vedrørende patentsøknad er adressert både til BAT og til B & W. Patentet på actron ble overdratt fra B & W til BAT.

**10.3.1.8 Arkivfil AQ 5276 p. 400626549 – 400626587**

Denne filen inneholder blant annet korrespondanse vedrørende måling av bequerell i tobakk fra Tiedemands etter Tsjernobylulykken. Tiedemands sendte prøver til BAT for laboratorietesting. Det ble i følge dokumentene ikke funnet for høye verdier i tobakken. IGM Anderson er kontaktperson i BAT. Det henvises til møte i Coresta (400626558). Coresta ser ut til å være et internasjonalt samarbeidsforum for forskning og produktutvikling på tobakk.

**10.3.1.9 Arkivfil FD 0186 p. 300051615 – 300051705**

Denne filen inneholder blant annet «Norway Business Plan 1992–1996». Dette dokumentet beskriver både mer generelle forhold og markedsforhold i Norge. Den inneholder blant annet eksakte tall på markedsandeler for de forskjellige produsentene.

**3.2 Arkivfiler indeksert på «INFOTAB»**

International Tobacco Information Centre (INFOTAB) er en organisasjon som leverer informasjon og argumentasjon til tobakksindustrien i hele verden. At organisasjonen har denne funksjonen fremgår blant annet av organisasjonens egne statutter. Eksempelvis har INFOTAB utgitt «A guide for dealing with antitobacco measure groups.» (CA 0080 p. 601005624 – 601005682) Organisasjonen ble opprettet i 1978 som ICOSY, senere INFOTAB (se vedlegg 9 om gjennomgang av dokumentene i Minnsota Depository punkt 5.1) og ble avløst i 1997 av «the Tobacco Documentation Centre».

Betydningen av INFOTABs rolle er først og fremst denne: En stor del av informasjonen INFOTAB har distribuert til den norske tobakksindustrien, er om helsespørsmål. Dermed vil man gjennom disse dokumentene få et visst innblikk i hvilken utstrekning den norske industrien hadde positiv kunnskap om hvilken helsefare som var forbundet med røyking.

**10.3.2.1 Arkivfil H-18**

Tor Seim i Tiedemanns tobaksfabrik og Arne M. Falch i Tobakksindustriens felleskontor deltar på en kongress hvor blant annet ETS blir diskutert. (p.107349189 – 107349195.) Det fremgår ikke av filen at denne forkortelsen står for «Environmental Tobacco Smoke».

Som forberedelse til en konferanse om røyking og helse i 1987 har INFOTAB markert hvilke personer som har negative holdninger til røyking. (p.107349239)

Rapport som konkluderer med at det er tilstrekkelig bevis for at røyk forårsaker kreft, avgitt av eksperter i «International Agency for Research on Cancer (IARC)», 1985. Tilsendt Arne M. Falch. (p. 107349303 – 107349319)

Oversendelse av dokumenter om en rettssak i Sverige i 1985 som omhandler passiv røyking. Tilsendt Arne M. Falch og Andresen. (p. 107349514 – 107349518)

#### **10.3.2.2 Arkivfil M-56**

Oversendelse av «Cancer and Smoking – a rational perspective» av the Australian Tobacco Institute. Sendt til Arne M. Falch i 1984. (p. 109879765 – 109879782)

#### **10.3.2.3 Arkivfil EQ 0101**

Om rapport vedrørende passiv røyking tilsendt Falch, Eikeland og Andresen i 1987. (p. 401248689 og 401248690)

### **3.3 Dokumenter indeksert på «Scandinavia»**

#### **10.3.3.1 Arkivfil AA 0368**

Brev fra Skandinavisk Tobakskompagni AS (ST) til BAT vedrørende EF-regulering av produktinnholdet. (p. 401064659)

Beskjed om møte vedrørende samarbeid tilsendt blant annet Asbjørnsen, Bergene, Johansen (Langaard), Oddaker og Eikeland (Tiedemanns), Falch og Tørring (NMA). (p. 401064662)

Korrespondanse om møte blant de samme aktørene (se forrige dokument). På agendaen sto først og fremst det norske initiativet til å forby røyk på fly, men også andre spørsmål. (p. 401064666 – 40104673)

Brev fra Rothmans International Services (RIS) til blant annet Langaard ved T. O. Johansen. Formålet er å videreformidle argumentasjon i relasjon til temaet om man kan bli avhengig av røyk. Vedlagt et sammendrag av en uttalelse fra 1989 av professor Warburton som hevder at røyk ikke er avhengighetsskapende. (p. 40104672 – 40104673)

Notat om utviklingen i Skandinavia. Dokumentet viser hvordan industrien ønsker å motvirke a) røykeforbudet på fly, og b) konsekvenser av at tobakksskaderådet la frem en rapport til industrien i 1989 om helsefarene. (p. 401064674)

Philip Morris har oversatt forbudet mot nye tobakks- og nikotinprodukter til engelsk. (p. 401064679)

Sammendrag fra møte i Finland blant den nordiske tobakksindustrien i juli 1989. Særlig røykeforbudet på fly ble diskutert. Men også andre tema, for eksempel tiltak for å identifisere personer som skulle delta på en konferanse om ETS. (p. 401064782–85)

Oversettelse av VG-artikkel fra 1988. Tobakksoffer Harry Bakkevold ønsker å saksøke Tiedemanns ved hjelp av advokat Edmund Asbøll. (p. 401064906 – 401064908)

#### **10.3.3.2 Arkivfil BJ 1114**

Korrespondanse vedrørende et møte mellom Johan H. Andresen og BAT i 1994. (p. 503947294 – 503947295)

Internt BAT-notat om Tiedemanns og dets forhold til BAT. (p. 503947314)

Om Kentucky-prosjektet som visstnok omhandler prissamarbeid i Skandinavia. Skisse over BATs muligheter i det skandinaviske marked. (p. 503947468)

Ytterligere notater om Kentucky-prosjektet. Hemmelige møter om dette. Også korrespondanse om Viking-prosjektet som er et lignende prosjekt. (p. 503947470 – 503947494)

Korrespondanse mellom Jimmi Rembiszewski i BAT og Oddaker i Tiedemands. Spørsmål om kombinert forretnings- og fritidsreise (Brown and Williamson Operations i Norge og Sverige kombinert med OL på Lillehammer). (p. 500004913 – 500004916)

#### **4 Vurdering av materialet**

---

Grovt skissert kan man si at arbeidet i Guildford hadde tre hovedmål: For det første ble det ansett for å ha en egenverdi å få kjennskap til arkivet generelt sett – hva slags typer dokumenter som finnes der, hvordan søkemulighetene er osv. For det annet var det viktig å danne seg et inntrykk av i hvilken grad BAT hadde vært opptatt av og informert om utviklingen i Norge. Endelig, og det var det viktigste formålet; ville vi danne oss et bilde av i hvilken grad den norske industrien ble informert av BAT og eventuelle andre utenlandske kilder om forskning på produktutvikling og helseskader forbundet med bruk av tobakk.

Det mest iøynefallende ved materialet er hvor nøye BAT har fulgt med i utviklingen av tobakksmarkedet i Norge. Det gjelder både i forhold til myndighetene og i forhold til forbrukerne samt informasjonsvirksomhet og debatter i massemediene. Dette har vært muliggjort gjennom en svært aktiv innsats fra den norske industrien, som også her i all hovedsak er Tiedemanns. Det har jevnlig vært sendt oversatte versjoner av norske avisartikler, radioprogrammer og fjernsynsprogrammer til Storbritannia, ofte med en vurdering av hvilke konsekvenser de aktuelle innslag kan få for tobakksmarkedet. Videre finnes oversatte versjoner av en mengde offentlige brev, lovforarbeider, utredninger osv. Informasjonen knytter seg i hovedsak til restriktive inngrep som reklameforbud og merking av sigarettpakker. Dertil er svært mange av dokumentene knyttet til innføringen av Barclay i Norge og måling av tjære, nikotin og lignende i disse sigarettene. Dette ble fulgt med argusøyne ikke bare fra BAT's side, men også av konkurrenten Philip Morris.

Vi har ikke funnet dokumenter i arkivet som eksplisitt sier at den norske industrien har fått informasjon fra BAT om helsefarer forbundet med røyking. Dette kan skyldes flere årsaker. For det første må en huske at de dokumentene som er frigitt i forhold til søksmålet i Minnesota, i utgangspunktet kun angår amerikanske forhold og derfor ikke kunne forventes å inneholde opplysninger om Norge; likevel fantes det mange slike dokumenter i BATs arkiver. På grunn av de vanskelige søkemulighetene og den begrensede tid vi har hatt til gjennomgangen av arkivet i dette pilotprosjektet, er det sannsynlig at en stor del av de aktuelle dokumentene ikke er påtruffet ved søket. Videre kan det hende at BAT ikke har formidlet kunnskap om emnet av forretningsmessige årsaker eller av frykt for at informasjonen skulle komme på avveie, eller at denne informasjonen ikke ble funnet på grunn av at slike dokumenter



var «privileged». En siste, men ikke mindre sannsynlig forklaring er at slike dokumenter er vanskelig å finne i arkivet fordi de ikke vil være utarbeidet for Norge spesielt, og dermed ikke er indeksert på «Norway». Det kan altså ut fra det materialet vi har gjennomgått, ikke trekkes sikre slutninger om i hvilken grad slik informasjon faktisk har vært formidlet til Norge fra BAT.

Arkivet gir imidlertid rikelig med dokumentasjon om hvordan den norske industrien i nyere tid har fått informasjon om helserelatert forskning gjennom INFOTAB. Her har Arne M. Falch vært en sentral person som representant for Tobakksindustriens felleskontor. Selv om INFOTAB har et salgsfremmende formål, og dermed har som viktig oppgave å presentere «de riktige» forskningsresultatene, kan det antas at deltakelsen i dette samarbeidet har tilført industrien stor kunnskap om den forskning som har vært drevet på feltet – også den som går industrien imot.

Dertil har norsk tobakksindustri – ofte på grunnlag av inspirasjon eller «oppskrift» fra amerikansk og britisk tobakksindustri – argumentert mot tiltak som er foreslått av norske helsemyndigheter. Disse tiltakene er i hovedsak begrunnet i medisinsk forskning som viser store helseskader knyttet til bruk av tobakk. Da kan ikke tobakksindustrien hevde at de ikke har involvert seg i medisinske spørsmål og kun konsentrert oppmerksomheten om forretningsmessige spørsmål.

**Vedlegg 11****Rettsstillingen og tobakksskadesaker i en del andre land**

*Redigert av forsker cand. jur. Nicolai V. Skjerdal*

**1 Kort om det innhentede materiale**

---

De store rettssakene mot tobakksselskapene i USA i løpet av 1990-årene, har gitt ny kunnskap om tobakksproduktenes karakter og skadevirkninger. I dag er tobakks'erstatningssakene i ferd med å spre seg til hele verden, og som en del av utredningsarbeidet har det vært naturlig å se noe nærmere på dette.

Vi har forsøkt å innhente informasjon som – for det første – gir en oversikt over tobakksreguleringen i del land, og – for det andre – om eventuelle søksmål mot tobakksindustrien. Søksmålsspørsmålet reises imidlertid verden over, og det har ikke vært mulig å gi en uttømmende gjennomgang av alle aktuelle land. Det er dessuten grunn til å understreke at spørsmålet om tobakksindustriens erstatningsrettslige ansvar i det enkelte land, er under stadig utvikling.

Det enkelte lands bidrag som er gjengitt nedenfor, er skrevet av personer som har særskilt innsikt i tobakksregulerings- og/eller tobakks'erstatningsspørsmålet. Bortsett fra bidraget fra Danmark, er alle skrevet på engelsk.

Resymeene varierer noe, både i opplegg og omfang. De er således kun ment å gi et lite innblikk i det enkelte lands rettsstilling. For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at vi ikke har kunnet foreta noen kvalitetskontroll av den innhentede informasjon.

Foreløpig ser det ut til å være meget begrenset med litteratur og fremstillinger om hvordan tobakks'erstatningsspørsmålet stiller seg utenfor USA. Mange av de bøkene som det er vist til i gjennomgangen av USA (se særlig utredningens kapittel 6–7) er også aktuelle for den engelske tobakksindustri (særlig for selskapet British-American Tobacco, som er eier av Brown & Williamson). Av øvrige kilder vi har kommet over under utredningsarbeidet, kan nevnes:

- *Tobakksindustrien i Canada* : COLLISHAW, NEIL E.: «From Montreal to Minnesota – Following the Trail of Imperial Tobacco's Documents», Physicians for a Smoke-Free Canada, 1999.
- *Tobakksindustrien i Tyskland* : HIRSCHHORN, NORBERT: «Shameful Science: Three Decades of the Tobacco Industry's Hidden Research on Smoking and Health», publisert på nettverkkjeden Globalinks sider: <http://www.globalink.org/gt/secretdocs> (begrenset adgang).
- *Tobakksindustrien i Sverige* : LÖWENBERG, ANDERS: Rökridåer. En kritisk granskning av tobaksindustrien, Stockholm 1992. (Bokforlaget Prisma – ISBN 91-518-2493-0).
- *Tobakksindustrien i Finland* : BÄRLUND, JOHAN: Varfor får tobaksindustrien ljugat? En rapport om rättegångarna mot tobaksindustrien i Finland. *Retfærd* nr 60, 16. Årgang nr 1 1993 s 68–75.
- *Om diverse land* : DAYNARD, RICHARD A., CLIVE BATES and NEIL

FRANCEY: Tobacco Litigation Worldwide, British Medical Journal, Vol 320, 2000 pp 111–113.

## **2 Oversikt**

---

Oversiktene over de enkelte land tar først for seg Canada, deretter noen land i Europa, Australia/New Zealand og til slutt Asia. Afrika synes foreløpig lite aktuell (bortsett fra Sør-Afrika). USA er det inngående redegjort for i utredningens del II (kapittel 6–10).

### **2.1 Tobakksregulering**

Dagens nasjonale lovregulering av tobakksindustrien og tobakksmarkedet har gjennomgående følgende fellestrekk verden over:

Forbud mot å selge tobakksprodukter til personer under 18 år.

Restriksjoner på markedsføring av tobakksprodukter. I det store og hele er det tale om begrensede reklameforbud, særlig for å hindre markedsføring i fora som når barn og ungdom.

Advarselsmerking av sigarettpakninger. Utformingen av advarslene varierer noe. De aller fleste land har i dag roterende advarselsmerking med ulike tekster.

Vern mot utsettelse for passiv røyking, særlig røykeforbud på offentlige steder, kommunikasjonsmidler som fly, tog og buss, og i viss grad røykerekstriksjoner på arbeidsplasser.

### **2.2 Erstatningssøksmål mot tobakksindustrien**

Erstatningssøksmål mot tobakksindustrien forekommer i en rekke land. Søksmålene mot tobakksindustrien i de enkelte land har stort sett kommet i 1990-årene, blant annet som et resultat av de forhold som er blitt avdekket innen den amerikanske tobakksindustrien om tobakksproduktenes innhold og den nye erkjennelse man har fått om skadevirkningenes alvor og omfang.

Private erstatningssøksmål fra røykere eller deres etterlatte finner sted blant annet i (i alfabetisk rekkefølge) Australia, Canada, Finland, Frankrike, Hong Kong, Irland, Israel, Nederland, New Zealand, Polen, Spania, Storbritannia, Sør-Korea og Tyskland.

Erstatningssøksmål fra offentlige myndigheter mot den nasjonale tobakksindustri for utgifter som det offentlige er blitt påført som følge av tobakksskader, er under vurdering eller allerede innledet blant annet i følgende land: Australia, Canada, Frankrike, Irland, Israel og New Zealand. Dertil har offentlige myndigheter i enkelte land anlagt søksmål i USA mot amerikanske tobakksselskaper, blant annet: Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panama, Thailand, Ukraina og Venezuela.

I tillegg til disse erstatningsrettslige søksmålene, forekommer det i en del land søksmål basert på ulike overtredelser av tobakkslovgivningen, for eksempel i Australia, Frankrike, Filippinene, India, Nederland og Sveits. Slike søksmål anlegges dels av offentlige håndhevelsesmyndigheter og dels av private interesseorganisasjoner eller enkeltpersoner. Det dreier seg blant annet om søksmål mot tobakksselskaper for brudd på markedsføringsrestriksjoner, søksmål mot tobakksforhandlere for salg av tobakk til mindreårige, og

søksmål mot arbeidsgivere, restauranter m.v. for brudd på regler som skal beskytte mot utsettelse for passiv røyking.

### 3 Canada

---

*By Cynthia Callard*

*Executive Director, Physicians for a Smoke-Free Canada*

#### 3.1 Tobacco Regulation

##### 11.3.1.1 Introduction

Canada is a federated state, and the ten provincial and federal governments have overlapping jurisdiction on a number of areas of public policy, including tobacco control. While the Canadian constitution gives authority over health and commercial activities to provincial governments, the federal government maintains power over taxation, criminal matters and 'peace order and good government.' The broad interpretation given to federal powers, as well as the pragmatic need for uniformity in consumer health issues has lead to the federal government being the lead agency in the development of public policy on tobacco.

In 1997, the provincial government of British Columbia launched an aggressive tobacco strategy through which it has surpassed the federal government on a few key issues, including litigation against the tobacco companies, and mandatory testing and disclosure of tobacco product emissions. The Quebec government, which often takes a more independent stand on domestic issues, has also surpassed federal standards on a number of tobacco promotion constraints. The emergent strategy of provincial governments moving ahead in different areas is generally viewed as a benefit to public policy, as it allows progress to be made where political conditions are most favourable.

Canadian municipalities also exercise delegated power over tobacco issues. They are chiefly responsible for restrictions on smoking in public places, and for the enforcement of laws which ban the sale of cigarettes to children.

##### 11.3.1.2 Manufacture

The *Tobacco Act* (1997) authorizes the federal government to regulate standards of manufacture for cigarette products. This was the first federal control exercised over the manufacturing process of tobacco products. In theory, this provisions of the *Tobacco Act* could be used to set maximum emission levels of tar, nicotine, benzo-a-pyrene or other dangerous compounds, or to mandate or prohibit the use of specific papers, filters or other design elements. In practice, little has been done to advance development of these regulations. It is not expected that regulations specifying how cigarettes are to be manufactured will be implemented in the near future.

**11.3.1.3 Labelling and Packaging of Cigarette Products**

The *Tobacco Act* (1997) authorizes the federal government to require the display of warning labels and other health information on cigarettes and other tobacco products. It also authorizes the regulation of minimal package size.

Regulations under this section of the Act have not yet been brought into force (January 2000), but the tobacco companies have continued, on a voluntary basis, to print the health warnings required under previous legislation since 1994. (The *Tobacco Products Control Act* (1988) was struck down by the Supreme Court of Canada in September 1995 for infringing the freedom of expression rights guaranteed under Canada's Charter of Rights and Freedoms).

These voluntary warnings take up 25 % of the back and front of the cigarette package, and display one of eight rotating messages in black-and-white. In January, 1999 the Minister of Health proposed that health warnings be increased to 60 %; a year later, these proposals were amended to reduce the size of the warning to 50 %, but to include photos and other illustrations. Sixteen rotating messages with illustration have been published in Canada's Gazette (this is the first step in the development of regulations); before the regulations become final they must be approved by both cabinet and parliament.

Tobacco legislation enacted in the provinces of British Columbia, Manitoba, Quebec and Ontario also authorize regulations on warning labels and packaging, but no regulations have been brought into force.

**11.3.1.4 Advertising & Promotion**

Canada was one of the first countries to impose a comprehensive ban on cigarette promotion when it passed the *Tobacco Products Control Act* in 1988. These provisions became the subject of a constitutional-challenge, and were eventually the basis for the law's rejection by the Supreme Court in 1995. Despite a theoretical ban on advertising and sponsorship-promotion between 1988 and 1995, Canadian tobacco companies were successful in using a loop-hole in the law to establish 'shell-corporations' through which they continued to promote their brands through sponsored events.

The *Tobacco Act*, which replaced the *Tobacco Products Control Act* does not seek to ban tobacco advertising, but to limit it in the following ways:

- Lifestyle tobacco advertising is not permitted
- Allowable forms of tobacco advertising can only appear in publications with an adult readership of 85 %, in adult-only venues and through direct mail
- As of October 1, 2000, sponsorship advertising is allowed on the site of the sponsored event, in publications with an adult readership of 85 % and in adult-only venues and through direct mail.
- As of October 1, 2003, tobacco sponsorship promotion is banned (although donations may be made by tobacco companies to events)
- Cigarette brand names can be promoted on lighters, matches and other smoking accessories. Restrictions on cigarette promotion include:
  - Ban on coupons and gifts
  - Ban on cigarette-brand clothing

- Ban on free cigarettes or free cigarette-brand lighters
- Ban on promotional games

The *Tobacco Act* does permit the promotion of cigarette brand names through products and services, provided that these services do not have lifestyle associations, or are not directed at youth. Canadian cigarette companies have continued to promote their brands chiefly through sponsored events, and have not yet exercised their rights to advertise directly, or to promote their brands through permitted products and services.

Very few provinces have laws which ban or restrict tobacco promotion. Provincial law in British Columbia authorizes regulatory restrictions on tobacco advertising, but these have not been put into force. The Quebec *Tobacco Act* parallels the federal *Tobacco Act* in a number of key provisions, including the phase-out of sponsorship.

#### **11.3.1.5 Restrictions at Point of Sale**

The federal *Tobacco Act* authorizes regulations restricting retail promotion. No such regulations have yet been brought into force. Restrictions on retail displays of cigarettes have been imposed by the provincial governments in Nova Scotia and New Brunswick.

Federal law authorizes the government to require signage at point of sale, as do provincial laws in British Columbia, Ontario, Quebec, New Brunswick, Nova Scotia and Newfoundland.

Pharmacies are banned by law from selling cigarettes in Ontario, Quebec, New Brunswick and Nova Scotia.

Vending machines are banned by federal law as well as a number of provincial statutes.

#### **11.3.1.6 Sales to Minors**

The federal *Tobacco Act* (1997) prohibits the sale of tobacco products to persons under 18 years of age. Provincial laws in British Columbia, Ontario, New Brunswick and Nova Scotia have raised that age to 19. To assist in the enforcement of these provisions, several provinces have authorized the right to suspend the retailers' licence to sell cigarettes, and to post signs at the retailer notifying the public that the retailer has offended.

#### **11.3.1.7 Reporting requirements**

The federal *Tobacco Act* (1997) as well as tobacco legislation in Ontario and Quebec authorize governments to demand reports from tobacco manufacturers on the sales of their products and their expenditures in advertising. There are no such regulations currently in place, although the federal government has given notice of its intention to regulate in this area in the coming year. Tobacco manufacturers continue, on a voluntary basis, to provide data to the federal government for the emissions of tar, nicotine and carbon monoxide from their cigarettes.

Regulations passed under the authority of British Columbia's *Tobacco Sales Act* impose the world's most extensive reporting requirements on cigarette emissions. Tobacco companies must report on the levels of 37 chemicals in addition to tar, nicotine and carbon monoxide, and must do so under the standard ISO methodology as well as an 'intense' smoking method designed to reflect realistic smoking conditions. Companies must also report on the ingredients and additives to cigarette tobacco, cigarette papers and cigarette filters.

The federal government has given notice that it intends to impose regulations similar to those in British Columbia.

#### **11.3.1.8 Restrictions on Smoking**

Both federal and provincial governments have jurisdiction over labour practices, and governments at both levels have implemented laws of varying strength to protect workers from smoking in the work-place.

The federal *Non-Smoker's Health Act*, which applies to federal government employees, transportation workers, communications workers, including those in the media and banking employees, protects most workers from smoke. Those who are not protected include prison workers, and those who work in public areas (like airports) where smoking may be permitted.

The *Non-Smoker's Health Act* also bans smoking on buses, airplanes and other forms of inter-provincial transportation, although exceptions have been made for trains.

British Columbia's Workers Compensation Board, which works at arms'-length from the government, protects all workers from exposure to second-hand smoke. There is also legislative protection in Saskatchewan.

The provinces of British Columbia, Manitoba, Ontario, Quebec and Newfoundland do not permit smoking in licensed child-care facilities. Many children, however, are not cared for in licensed facilities, and there are no restrictions on smoking around children in either federal or provincial laws.

Smoking is not allowed in acute-care hospitals by law in British Columbia, Ontario and Quebec, and by practice in most regions of Canada. Smoking in residential-care facilities, like psychiatric treatment centres, is not uncommon. Smoking is not allowed by law in schools in British Columbia, Ontario and Quebec, and by administrative practice in many other areas.

#### **11.3.1.9 List of Statutes**

A list of legislation governing tobacco issues in Canada is available on two websites:

- The National Clearinghouse on Tobacco or Health (<http://www.cctc.ca/ncth/docs/legislation/>)
- The Tobacco Law Compendium ( <http://www.tobaccolaw.org/>)
- Provincial Legislation includes:
  - British Columbia Tobacco Sales Act (1996) and amendments
  - Alberta Protection from Secondhand Smoke in Public Buildings Act
  - Saskatchewan Minors Tobacco Act, 1978
  - Manitoba Act to Protect the Health of Non-Smokers, 1990 and amend-

ments

- Ontario Tobacco Control Act, 1994
- Ontario Smoking in the Workplace Act, 1990
- Quebec Tobacco Act, 1998
- New Brunswick Tobacco Sales Act, 1993 and amendments
- Nova Scotia Tobacco Access Act, 1993 and amendments
- Prince Edward Island Tobacco Sales to Minors Act, 1991
- Newfoundland Tobacco Control Act, 1993

Federal Legislation includes:

- Tobacco Act, 1997 (amended in 1998)
- Non-Smokers' Health Act, 1988 (amended in 1990)

### **3.2 Tobacco Litigation**

There are a handful of private actions against the tobacco industry in Canada, and some government actions.

The federal government is suing the tobacco companies for lost revenues resulting from their involvement in smuggling during the late 80s and early 1990s. This case is being heard in the U.S. courts under RICO provisions.

The Ontario government is suing the tobacco companies for the costs of health-care resulting from the use of their products. This case is also being heard in the U.S. courts under RICO provisions.

The British Columbia government launched a suit against the tobacco companies in Canadian courts, based on enabling legislation it passed in 1997 and amended in 1998. This legislation was struck down by the B.C. Supreme court on February 21, 1999. The government subsequently announced it intends to amend its legislation to reflect the court ruling, and will re-file its claim.

The Manitoba and Newfoundland governments are rumoured to be interested in suing the companies (the Premier of Newfoundland announced his intention in 1998), however they have not yet begun any public process towards doing so.

*Europa*

## **4 France**

---

*By Comité National Contre le Tabagisme, Paris*

### **4.1 The French Legal Framework For Tobacco Litigation**

#### **11.4.1.1A Right Mentioned in the Law**

The first law for tobacco control in France was adopted in 1976 (9th July). This law entitled *the Law Veil* gave in its article 18 the right to associations to take actions if the law is not enforced. Two conditions were defined: the association should have in its statutes the purpose of tobacco control and should be older than 5 years.

Founded in 1968, *the French Committee Against Smoking* (C.N.C.T.) gathered these conditions. After a delay of two years planned by the law so that the



different parts could adapt themselves to the new legal situation, the CNCT began its first legal actions in 1978 in front of penal or civil jurisdictions. This right devoted to associations was confirmed in *the Law Evin* adopted on January 10th, 1991

Beside this written right, the legal action of the CNCT is based on two other aspects:

#### **11.4.1.2A mission given by the Health Ministry**

Since 1991 and the Law Evin the Health Ministry has given the CNCT the mission of a legal vigilance. In this respect the Health Ministry partly financially supports the legal actions launched by the CNCT. This position is due to the fact that the first law (Veil) was not at all enforced. And beyond this reason, the health authorities could not technically carry out this mission regarding the aim to reach.

#### **11.4.1.3No legal action by the Ministry of Justice.**

The legal action of the CNCT can also be explained by the lack of involvement of the Ministry of Justice. In more than 20 years, only 7 actions were taken by the Justice Ministry and 6 of them were given up.

This inertia of the Public prosecutors enabled the tobacco industry in the 70s and the 80s to continue its tobacco ad campaigns without sentences.

#### **11.4.1.4The strategy of the CNCT**

At the beginning (at the end of the 1970s), the strategy of the CNCT was to take actions against the tobacco industry, settled in France, about the campaigns for *direct or indirect tobacco ads* in favour of their brands. After several sentences the foreign tobacco producers ordered abroad their campaigns (Germany, Netherland). And it led to a series of defeats for the CNCT, because it could not prove the participation and complicity of the French sub-companies. The CNCT had to adapt its strategy and decided to take actions against the medias, parties to the violations. During this temporary period (1991–1993) a lot of actions were decided in order to show the will of the Authorities, so that the new law be respected. Actions concerning sportive sponsoring were also taken.

From 1993 on, and the fact that total tobacco *ad ban* forecasted by the Law Evin came into force, the CNCT decided to limit and even to stop if possible its actions against medias and to concentrate its efforts on advertisers. The association had to investigate a lot in order to reveal the intricate networks built by the foreign tobacco companies to be able to commit infractions. In this respect actions concerned above all the main punishable operations campaigns for indirect tobacco ads (for example Camel Boots, Peter Stuyvesant Travel). Other kind of infractions were also pursued in order to build as far as possible a very strict and clear jurisprudence: commercial ads promoting new tobacco products through articles, pictures with tobacco brands on cars or other supports und so on.

In 1993 because of the evolution of the marketing of the tobacco industry, new actions concerning *promotions* either at retailers or using tobacco packs were taken and increased. The aim was to prove the illegality of such operations and to get a reduction of investments carried out in this field by the tobacco industry. Patronage actions were also pursued and condemned (see Philip Morris Institute, Club Dunhill Prestige).

Another kind of legal actions was engaged concerning tobacco packs, for example *health warnings*.

At least since 1995 the CNCT has launched actions about the respect of *smoking bans*. Non-smokers are more and more angry failing to manage to work in smoke free places just through courtesy and politeness and willing that the law supposed to protect them should come in force. The CNCT has more than 500 files of people suffering from passive smoking, especially at workplaces but a few minority (7 %) ends up in the Court. These kinds of actions should be very important in the future. The same should happen with actions launched by *victims of tobacco*. One action was taken in 1995 (Ozeir) and two others are supported by the CNCT but the association is not directly involved (cf Gurlain – Berger).

#### **4.2 Results of the legal actions of the CNCT: The constitution of a tobacco law jurisprudence and the evolution of infractions**

From the beginning of the 1980s till today the CNCT through its actions made it possible to get a very strict and clear jurisprudence, conforing the principles mentionned in the tobacco laws. In the framework of the 1976 law, direct ads for tobacco, which took other elements than the picture of the tobacco pack and the name of the brand, were condemned. Campaigns for indirect ads through matches, lighters, clothes (see Marlboro Leasure Wear) or services (Camel Adventure ...) were condemned as well. Promotion operations were also found illegal. Patronage by tobacco brands, outside the possibilities defined by the law were condemned. Ads for patronage actions like the Philip Morris Foundation for Cinema were condemned definitely by the Supreme Court of Appeal (Cassation Court). Free distribution of cigarettes was also pursued with success.

##### **11.4.2.1 Actions on indirect tobacco ads**

In the framework of the law Evin, (January 1991) the main actions concerned indirect tobacco ads because direct tobacco ads mostly disappeared on January 1<sup>st</sup> 1993. Litigations led to decisions of the Supreme Court of Appeal. All the judgments present a very restrictive analysis of the possibility of exemption mentioned in the article 3 of the Law. In this respect, the existence of a relation, whether direct or indirect (for example a chain of relations), legal or financial on this relation may be, is sufficient not to apply the exemption. In some legal decisions, the judges even state that a tacite agreement (that is a non written and non provable) is sufficient. Besides, these services are excluded of the exemption (like Peter Stuyvesant Travel). These decisions were very important and positive because they limit a lot the possibility for the tobacco industry to promote its products.

In France, the investment of the tobacco industry in such tobacco ads has considerably decreased during these last years. In 1998, only 6 millions Francs for illegal ads were registered by the monitoring of tobacco illegal ads whereas the tobacco industry spent more than 530 millions of Francs in 1992 in such tobacco ads.

Cinema, posters do not accept now tobacco ads and even indirect tobacco ads.

#### **11.4.2.2 Actions on promotions**

The tobacco industry has in a large scale transferred its investments towards promotions. These operations have in fact increased during these last years and they now represent about 1 billion Francs. The judgments, however, are very clear and prohibit these promotions in a similar manner as the «classical» tobacco ads.

For instance have these promotions efforts been declared as illegal:

- Games and lottery
- Gifts and primes
- The use of cigarette cards inside the tobacco pack
- The dissemination of catalogs

#### **11.4.2.3 Actions on pictures of brands**

Pictures in news magazines or in other parts of the press, showing cars or pilots sponsored by tobacco brands, have been declared illegal.

#### **11.4.2.4 Actions on commercial ads**

Commercial ads are generally small articles, which most of the time are focusing on the launching of new products. Usually, there are illustrations with a picture of the product. According to French jurisprudence, these ads are illegal if they promote tobacco products. Today, these kinds of tobacco ads have disappeared.

#### **11.4.2.5 Actions on the presentation of a tobacco product in the framework of another ad**

The use of a tobacco product inside another ad has been recognized as illegal.

#### **11.4.2.6 Actions on tobacco advertising through sponsoring**

Tobacco advertising through sponsoring, which include the name of a tobacco brand, are now clearly illegal.

#### **11.4.2.7 Actions on tobacco ads at the tobacco retailers**

Direct tobacco ads are under certain conditions allowed at tobacco retailers. The ads must be small posters, not visible from the outside.

**11.4.2.8 Litigation based on second-hand smoke at the workplace**

Since 1998 the number of cases about employees, who decide to take action against their employer because of the lack of enforcement of smoking ban at workplaces has increased a lot. Little by little passive smoking and smoking bans at workplaces have created a framework of laws protecting the environmental conditions at workplaces.

**11.4.2.9 Litigation about health warnings**

A decree adopted on April 26<sup>th</sup> 1991 formulates the conditions under which health warnings must be displayed on cigarette packages: their placement on the package, size, etc. Nevertheless, the tobacco industry tries through different methods to limit the impact of the messages, for instance its visibility (no contrast with the bottom), or its legibility (use of no bold fonts, or use of distorted fonts ...) or even disputing the merit of the health warnings.

In this respect from 1993 the CNCT has asked tobacco producers to act in conformity with the decree. Then stating the total lack of answer, a first legal action was taken from 1995 against Rothmans, Philip Morris, Reynolds and the SEITA. At the present time we are still waiting for the ruling of the Supreme Court of Appeals because there are two rather conflicting decisions at the level of the Court of Appeals.

**4.3 The importance of «health-warning- litigation» for individual law suits**

The cases and the jurisprudence about the health warnings are particularly important because they are closely related to the cases of the individual victims. It is in fact one of the legal bases to prove that the tobacco industry knew the risks related to tobacco consumption but didn't say anything and even managed to get around the law, when it was obliged to integrate health warning on the tobacco packs.

These cases are also one of the legal foundations for the actions taken by the social insurance organisations against the tobacco industry in order to be paid back for the cost of tobacco diseases.

**5 Great Britain**

---

*By Action on Smoking and Health (ASH), England og ASH, Scotland*

**5.1 Introduction**

The tobacco industry is unique in that its products cause the deaths of 120, 000 people a year in the UK (13, 000 Scotland) through tobacco-related diseases. This means that each year 120, 000 new smokers must be recruited to maintain the current profit base: 330 new smokers a day. Whilst tobacco use has halved among better off families in Britain, those on low income continue to smoke at the same high rates as they did in the 1970s.

## **5.2 Questions on Tobacco Regulation**

### **11.5.2.1 Nicotine Maintenance**

With increased knowledge about nicotine addiction, many in the public health community are now tackling tobacco use as a question of 'long-term nicotine-maintenance'. Two industries – the tobacco industry and the pharmaceutical industry – will be increasingly competing for the nicotine maintenance market. New technology for delivering nicotine is certainly evolving rapidly and dramatically. Some of the technology already commercially available is very familiar, such as nicotine replacement therapy (NRT) products. Some new technology has been introduced but is less familiar, including two cigarette-like devices from the RJ Reynolds Tobacco company: Premier and Eclipse.

### **11.5.2.2 Additives in tobacco products**

In the UK over 600 additives may be used in the manufacture of tobacco products. As there is no formal regulatory framework, neither the Government nor the European Union have the power to demand from the tobacco industry information on which additives they use in tobacco products. Although tobacco additives are generally screened for their direct toxicity, there is virtually no assessment of the impact additives have on smoking behaviour or other external consequences.

In February 1999 the Government called on the tobacco industry to explain the use of additives in cigarettes, expressing concern that the tobacco industry is deliberately aiming to make cigarettes more attractive to children. One of the most effective ways of making cigarettes more attractive to children has been to add cocoa, vanilla and liquorice to tobacco products. For example, sweeteners such as sugar and chocolate increase the palatability of cigarettes to children and first time users; eugenol and menthol numb the throat so the smoker cannot feel the smoke's aggravating effects.

Released secret documents show that British American Tobacco executives planned to develop a cigarette targeted to children which would have coloured paper wrappers, smell like root beer or fruit juice and be treated with ammonia to boost nicotine delivery for a physiological kick. These developments echo the strategy behind alco-pops, which created huge controversy in the UK when they became popular with underage drinkers.

Approved cigarette ingredients now include honey, maple syrup and fruit extracts from pineapple, cherry, apricot and banana – all appealing to younger palates.

There is currently no obligation on manufacturers to describe such additives on cigarette packaging. Since the 1970s a voluntary agreement was reached with the tobacco industry under which approval of additives was vested in the Independent Scientific Committee on Smoking and Health. There is a register of permitted additives drawn up with the voluntary agreement of the tobacco industry which was last updated in March 1997.

### 11.5.2.3 European Developments

The European Commission is currently considering legislation concerning cigarette tar and nicotine yields, additives and labelling. It is developing proposals for a directive that will replace the maximum tar yield directive (90/239/EEC) and the labelling directive (89/622/EEC) which set a upper limit of 12 mg tar yield per cigarette and require warnings to be placed on packs respectively.

The proposal will largely be based on the recommendations of the High-level Cancer Experts Committee of the 'Europe Against Cancer' programme [the Cancer Experts Committee] which were published in 1997. The Cancer Experts Committee prioritised the importance of regulating tobacco products and proposed:

- Only tobacco, tobacco paper, filter materials and tobacco extracts should be permitted in cigarettes sold and manufactured in the European Union. Any additives to be included should be demonstrated free of toxicity and any other harmful effects on health, in burnt and unburnt form. Additives to cigarettes should be monitored and included on the labelling as with other drugs and foodstuffs on the market
- The tar content of cigarettes should be limited to a maximum of 12 mg per cigarette as currently mandated for 31 December 1997.
- The nicotine content of cigarettes should be limited to 1 mg per cigarette from 31 December 1997
- The maximum allowable limits of the tar (12 mg) and nicotine (1 mg) contents of cigarettes sold or manufactured in the European Union should be decreased by 10 % per annum until levels of 5 mg tar and 0.5 mg nicotine are met.
- Health warnings should be strengthened, made more prominent and labelling should include a freephone telephone number from which accurate information about smoking, its health consequences and its avoidance can be obtained.
- By 31 December 2000, generic packaging of cigarettes must be introduced.

However, in a recent paper in *Tobacco Control*,<sup>1191</sup> UK experts called for the recommendations of the Cancer Experts Committee to be reconsidered and substantially modified. In particular they expressed concerns that the new directive could continue to use the ISO/FTC methodology as a basis for regulation, thereby lending official support to the concept of 'low tar' cigarettes. The authors outlined a series of measures which need to be taken into account when considering the most effective ways of regulating and controlling tobacco products:

1. The FTC test should be abandoned as the basis for the regulation of tobacco products
2. Upper limits, and progressive reductions, for known carcinogens and other toxins should be set

---

1191. Bates, C, McNeill A, Jarvis, M, Gray, N: The future of tobacco product regulation and labelling in Europe: implications for the forthcoming European Union directive. *Tobacco Control* Summer 1999 Vol 8 (2): 225-235

3. A new measure of total toxicity should be introduced
4. The ratio of specific carcinogens to nicotine should be reduced
5. Regulation of nicotine should proceed with great caution and only after extra research
6. Tobacco additives should be tested for their wider public health impact. The purpose, use and overall public health impact of existing and new additives need to be explained
7. A comprehensive measurement and disclosure regime should be introduced
8. Consumer information on packets should be comprehensive and accurate
9. Actual exposure of smokers to nicotine should be regularly monitored
10. A common regulatory framework for all nicotine products should be developed and an EU tobacco product modification expert committee set up.
11. A common international strategy on the future of product modification should be developed
12. Any future directive on these issues should be regularly reviewed

### **5.3 Tobacco litigation**

#### ***11.5.3.1 Group action against the tobacco industry collapses***

On 26 February 1999, the first group action, consisting of 52 people with lung cancer who were suing two British tobacco companies, was brought to an end. The decision followed a ruling by the judge that 36 of the lung cancer sufferers could not continue their case against Gallaher and Imperial Tobacco because they had been diagnosed with the disease more than three years before suing. The remaining six plaintiffs are considering whether to continue their legal action on a case by case basis. Lawyers acting for the 52 plaintiffs had agreed to represent them on a «no win, no fee» (conditional) fee basis. However, when the judge assigned to the case (Lord Justice Wright) ruled that the majority of the plaintiffs were time-barred, the lawyers decided that the risks of pursuing the case with so few remaining plaintiffs were too great.

#### ***11.5.3.2 The cases***

The legal action centred on 52 living lung cancer victims who were suing Gallaher and Imperial Tobacco (and the defunct Hergal) for damages due to negligence. The plaintiffs argued that the companies were negligent in failing to reduce tar levels and the harmfulness of their product when it first became clear that smoking causes lung cancer in the late 1950s. The plaintiffs argued that they were exposed to 'negligent tar' (the extra tar that should have been removed) from the 1950s onwards and that this had materially contributed to their lung cancer. As in all personal injury cases the plaintiffs were faced with a series of hurdles:

- They were required to:
  - show the companies had a duty to reduce tar
  - show the duty was breached
  - show that the plaintiff was harmed
  - show that the breach of duty caused or materially contributed to the harm to the plaintiff.

The 52 cases were to be heard as a 'group action' with 10 'lead cases' covering the range of conditions and smoking histories in the group. The others would have been 'stayed' (put on hold) pending the outcome of the lead cases and then re-examined in the light of the results of the lead cases. In 1997 Mr Justice Wright was appointed as the judge to hear the cases through to their conclusion.

#### **11.5.3.3 Expected damages award**

If the case had gone to full trial, the lung cancer sufferers, if successful, might have expected to win damages of £ 25–65,000 each depending on their suffering and loss. If 50 cases had won £ 50,000 each this would equate to £ 2.5 million, a relatively small sum (at least compared to the cost of fighting this case). However, around 30,000 people get lung cancer and die as a result of their smoking history each year in Britain. A substantial fraction of these could have valid claims against the tobacco companies. If 10,000 lung cancer victims sought compensation each year and received £ 50,000, that would equate to £ 500 million per year. The combined profits of Gallaher and Imperial in 1997 were £ 645 million. While these calculations are illustrative, they explain why the tobacco companies put so much effort into defending these cases with huge legal teams and why their share prices rose following the collapse of the UK litigation.

#### **11.5.3.4 Document disclosures**

Tobacco litigation forms an important part of tobacco control because it puts a requirement on the tobacco companies to release internal documents, many of which are likely to be very revealing in terms of what the companies knew about the harmful effects of smoking many years ago.

Had the UK group action against Imperial and Gallaher gone ahead, much of the time between the preliminary hearings and the full trial would have been taken up with 'discovery' – the exchange of thousands of pages of documents. These documents are not made public unless and until they are used in court. The discovery process in US litigation has led to the release of thousands of incriminating tobacco industry documents. See the ASH links pages for internet connections to thousands of documents that have emerged in the United States.

#### **11.5.3.5 Timing**

The actions began in 1992 and initially the lawyers tried to get Legal Aid for the plaintiffs. However, Legal Aid was refused and the cases were then brought under Conditional Fee Agreements (CFAs are 'no-win, no fee' agreements) and the first hearings were in December 1996. There were a series of procedural hearings including a special hearing in December 1998 on the eligibility of those plaintiffs that sued more than three years after their cancer was diagnosed – this is a 'limitations hearing'.



**11.5.3.6 Limitations (time-barred cancer sufferers)**

The 1980 Limitations Act requires plaintiffs to bring actions within three years. 36 of the 52 plaintiffs commenced their action more than three years after the diagnosis of lung cancer. However, Section 33 of the Act allows the judge to exercise discretion and allow cases to proceed if he believes this would be in the interests of justice. In making this decision, the judge will consider many factors, including:

- Length of delay and reasons why the plaintiffs did not sue earlier,
- Unfairness to defendants because of lost evidence,
- Defendants' role in creating delay,
- Strength of overall case

Lord Justice Wright chose not to take into account any of these factors and stuck rigidly to the three-year time limit, thus debarring the majority of plaintiffs from the case.

**11.5.3.7 Plaintiffs' approach to the litigation**

The plaintiffs wanted the substantive issues to be heard in court, to establish negligence on the part of Gallaher and Imperial Tobacco, and to win damages for the 10 lead cases. Such a victory would have established precedents for the other victims within the group action and would have had significant implications for the 30,000 people per year who contract lung cancer as a result of smoking. This could effectively establish a compensation scheme that could amount to over £ 500 million per year (conservatively assuming 10,000 eligible claims per year at £ 50,000 each).

**11.5.3.8 Tobacco industry approach**

From the start, the apparent tobacco industry strategy has been to prevent the cases ever coming to a full hearing by using procedural blocking tactics. The aim of the companies was to attack the financial viability of the action. They said that they would never settle the cases out of court and argued that they had a 'meritorious defence' on the substantive issues. However, similarly robust statements were made in advance of the US tobacco industry accepting the proposed \$ 368 billion settlement in June 1997.

A history of the tobacco industry blocking tactics:

- Block legal aid – succeeded.
- Prevent litigation as a group action and require individual litigation – failed.
- Hold plaintiffs solicitors responsible for tobacco industry costs if the action is unsuccessful – failed.
- Tried to apply a gagging order – initial success, then failure at the Court of Appeal.
- Prevent new plaintiffs joining the group – failed.
- Block 36 plaintiffs because they sued more than three years after diagnosis – succeeded.
- Argue for plaintiffs' costs to be allocated in proportion to number of cases won – issue not resolved because of the collapse of the case following the

limitations' hearing.

#### **11.5.3.9 Future Action**

Following the collapse of the group action, it is difficult to foresee how tobacco litigation will proceed in the UK. However, it's worth remembering that it took years' of legal action in the US before the tobacco companies lost a case. Prior to 1997 the companies declared that they would defend every single case but by mid 1997 they were negotiating a settlement to limit future litigation. The US litigation may also help British litigants: now that so many incriminating documents against the American tobacco industry are in the public domain, it will become increasingly difficult for other tobacco companies to defend themselves.

Another possible outcome is for health authorities to take legal action against the tobacco industry. A preliminary investigation by the NHS Confederation has already been undertaken and it is possible that further legal action will be taken at a future date.

## **6 Germany**

---

*Dr. Burkhard Oexmann*

*Sozietät Dr. Oexmann – Rechtsanwälte (Attorneys-at-Law)*

### **6.1 Tobacco Regulation**

In Germany there are several laws that regulate the production and selling of tobacco products. The most important law is the *«Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandesgesetz»* (LMBG, August 15th, 1974) which gives the definition of tobacco products (§ 3) and regulates the trade with tobacco products (§§ 20 ff).

§ 21 LMBG gives the Public Health Department the right to regulate which *additives* are allowed and the maximum amount of specific tobacco smoke components. The Department made use of this power in the *„Verordnung über Tabakerzeugnisse»* (Tabakverordnung, December 20th, 1977) and the *„Verordnung über die Kennzeichnung von Tabakerzeugnissen und über Höchstmengen von Teer in Zigarettenrauch»* (TabKTHmV, October 29th, 1991).

§ 22 LMBG prohibits tobacco *advertising* on television and on the radio. Advertising on posters and in the cinemas is still allowed as same as selling cigarettes in vending machines even though selling cigarettes to minors younger than sixteen years is prohibited.

The TabKTHmV (§ 2) forces the tobacco industry to display the following general *warning* on the front of every package: «The EU-secretaries for health: Smoking Endangers Health». In addition to this general warning, tobacco products are required to display in rotation one of the following warnings (§ 3):

Cigarettes and tobacco for cigarettes:

- Smoking causes cancer
- Smoking causes heart disease
- Smoking endangers the health of your baby during pregnancy

- Giving up smoking reduces the risk of serious diseases

Cigars and pipe-tobacco:

- Smoking causes cancer
- Smoking causes heart disease
- Smoking causes deadly diseases
- Smoking endangers the health of your fellow men

## 6.2 Tobacco Litigation

### 11.6.2.1 Introduction

As far as we know, we were the first lawyers in Germany to try the idea of suing the tobacco industry for damages smoking does to one's health and the costs that the diseases related to smoking – especially lung cancer – cause.

In Germany we have a health system based on individual and private health insurance. Therefore, the insurance companies carry the costs of smoking-related diseases which are enormous and not covered by the taxes on tobacco. We were hired by some insurance companies to investigate the possibilities of suing the tobacco industry for these costs. We made a draft for a complaint (may be viewed on our homepage: <http://www.oexmann.de>), but the insurance companies finally decided not to risk a case.

Our company is representing several individual smokers who are suing the tobacco companies for damages (one of these suits may also be viewed at <http://www.oexmann.de>).

### 11.6.2.2 Legal Basis

All the tobacco complaints are based on two key arguments:

Addiction:

The tobacco industry knew at least at the beginning of the eighties that smoking causes *physical* addiction (Victor DeNoble proved this at Philip Morris' in experiments on rats) but *did not display any warning* on the packages. Even the warnings now displayed on the packages (see above) do not say that smoking is addictive (in contrary to today's health warnings in Norway). In fact, the health warnings play down the risks when stating that smoking merely «endangers» health, not damaging it.

Additives:

Based on several documents revealed through the tobacco cases in the U.S. and other reports recently surfaced, the suspicion arose, that the German tobacco industry also uses additives to increase the addictiveness of tobacco products in order to «hook» smokers. Again Philip Morris proved that *acetaldehyde*, which is produced when sugar is burned, functions as a «nicotine booster» and rose the amount of sugar in its cigarettes. Unfortunately, sugar is an allowed additive in Germany. *Ammonia* is used to raise the ability of the smoker's lungs to take in the smoke more deeply (the so called «ammonia technology»). We argue that these technologies are also used in Germany and demand the tobacco industry to open up internal documents on this subject.

**11.6.2.3 Results by now**

The Regional Court in Wiesbaden seemingly follows our arguments and demanded one company to tell whether or not ammonia is used in Germany as an additive in cigarettes. On the other hand the Regional Court in Bielefeld refused to grant free legal representation to our client because the judges did not think much of his chances in court. We are now appealing this decision to the Higher Regional Court in Hamm. Other Regional Courts – mostly dealing with the question of free legal aid – have not made any decision yet.

**7 Belgium**

---

*By Luk Joossens*

*Chairman of the Belgian Coalition Against Tobacco, Brussels*

**7.1 Tobacco Regulation**

In Belgium all tobacco *advertising* of tobacco products is banned in Belgium since 1/1/1999 by the law of 10/12/1997. This ban includes tobacco related sponsoring. Following a court decision of the «Court d'arbitrage» of 30/9/1999, an extension was granted for the sponsorship and advertising of tobacco products during worldwide events until the year 2003.

The Royal Decree of 15/9/1976 prohibits *smoking in public* transport vehicles and smoking in other public places is regulated by the Royal Decree of 15/5/1980. It is prohibited to smoke in enclosed places, which are accessible to the public. An exception is made for enclosed premises where food products and /or drinks are offered for consumption as a principal activity, and where the surface does not exceed 50m. Spaces can be provided for smokers in certain places (those offering services to the public including those in which food and drink are consumed) provided that the surface area does not exceed half the total surface area of the enclosed premises. Smoking at work is not especially covered by the legislation concerning smoking in public places. However, according to the Royal Decree of 31/3/1993, employers are obliged to adopt a policy on smoking at work which must be negotiated with the company's health and safety committee.

The Royal Decree of 13/8/1990 prohibits certain kinds of *oral tobacco*, implements the EU Directives on *labelling* of tobacco products and the maximum *tar content* of cigarettes and prohibits the distribution of tobacco products by means of *vending machines*, except in places where these products are also available for sale in the traditional way. According to the same Royal Decree the nicotine limit in cigarettes is limited to 1.5mg per cigarette from 31/12/1992 and to 1.2 mg from 31/12/1997. Tobacco has been excluded from the consumer price index since 1/1/1994.

**7.2 Tobacco litigation**

So far in Belgium there have been no court cases against the tobacco industry to recover the health costs of smoking or to pay for the health damage the industry has caused.

## 8 The Netherlands

---

By Trudy J.J. Prins

*Managing director Stivoro – Dutch Organisation for Tobacco Control*

### 8.1 Introduction

In The Netherlands there are 4.1 million smokers out of a population of slightly over 15 million inhabitants. Of the adult population 37 % of all men and 31 % of all women smoke. Average consumption is 21 cigarettes per day. Yearly, nearly 24.000 people die of smoking related diseases.

### 8.2 Tobacco Regulation

#### 11.8.2.1 The Tobacco Law 1988

Regulations concerning tobacco control in The Netherlands date back to the 1980s. The Tobaccolaw was passed in 1988 to be enforced as of the 1st of January 1990. Before that date there was a law stating that government buildings ought to have *smokefree areas* and rooms. As to the sales of cigarettes, in 1982 it became obligatory to add the sentence with the *warning*: «Smoking threatens health' in print to the cigarette packets».

The Tobaccolaw is a very clear and simple law in that it knows no grey areas. Its clauses are not subject to controversial interpretation. It pertains to two aspects of smoking: locations with smoking prohibitions, and locations subject to prohibitions of sales.

*Smoking* is not allowed in specified areas of buildings belonging to the government (whether state, provincial or municipal). It is not allowed in institutions for socio-cultural activities or for social services, healthcare institutions, indoor sportsfacilities, and schools when these are financed by the government. In deciding whether or not the law is applicable, ownership of the building is the determining factor. It is not important whether or not the tenant is a government body, neither is it important if there is co-ownership as long as the government is the majority shareholder, nor if the work done in the building is governmental.

The law indicates in which areas within these buildings smoking is not allowed. These are: waitingareas, areas with ticketwindows, hallways, corridors, staircases, elevators, meetingrooms, classrooms, toilettes, restaurants, recreational areas, areas accessible to the public. The law provides room for exception. It is stated that it is allowed to create separate facilities for smokers. Based on this clause, the building manager can allocate a separate waitingroom, or recreational room, or restaurant for smokers.

*Sales of tobaccoproducts* is prohibited in healthcare institutions, institutions for social services and socio-cultural work, sports facilities and schools. In short: in most buildings to which the smoking prohibition rules pertain there is also a sales prohibition. An exception to this are the buildings that house government institutions.

In The Netherlands the law on *working conditions* was renewed in 1994. This law stipulates that employers have to safeguard their employees from risks, danger, and potentially dangerous circumstances. This provides the legal opening for non-smokers to ask for a smokefree workplace. There are

two other legislative documents protecting the nonsmoker at their place of work.

Other regulations that are of great importance are those concerning *advertising*. Since 1985 it has been forbidden to broadcast tobacco ads on tv and on radio. Furthermore, advertising should not be directed at youngsters. In advertising there may be no connection between smoking and sports.

#### *11.8.2.1.1 Enforcing the Tobacco law*

The Minister of Health has appointed the Inspection of Healthprotection, Food and Veterinary Matters as the organisation responsible for inspecting the enforcement of the law. If anyone should wish to lodge an official complaint against the manager of a building concerning this subject, it is the Inspection that will receive and follow up on the complaint. If the manager of a building should refuse to enforce the Tobaccolaw a civil legal procedure is possible. It is also possible for the government to take legal-administrative measures against managers, such as withdrawal of government subsidies or licences.

#### *11.8.2.1.2 Changes in the Tobacco law.*

The Tobaccolaw is under reconstruction. Sometime in 2000 a new and much stricter version will become operative. In this stricter version there will be more buildings for which a smoking prohibition will be in order. In particular buildings for art and culture, such as theaters and museums. Employees obtain the right to demand a smokefree workplace. It will no longer be allowed to sell kiddypacks. And the most important addition in this law is the system of fines that will become operative. The Health Inspection will be able to give fines with a maximum of 4500 Euro, to those who do not enforce the law.

In 2000 also, the European guideline concerning advertising will become operative in national legislation. This means that from august 2001 onwards tobacco advertising in The Netherlands will be forbidden. It will only be possible to advertise at points of sale, only indoor and by non moving objects. In due course major sponsoring of events by tobacco companies will be forbidden throughout Europe.

### **11.8.2.2 Tobacco Litigation**

There is some jurisprudence concerning the enforcing of the Tobacco law in The Netherlands.

The first case was in 1991 against the municipality of Amsterdam by one of its employees. The case served in the civil-service court. The judge found in favour of the employee. The municipality intended to appeal, but changed its mind in view of the fact that losing it was anticipated.

There were several other cases, in all of which the judge ruled in favour of the complainant. The cases concerned were amongst others a jail, brought to court by an employee; the elected council of a municipality brought to court by one of the elected members; a conscripted soldier against management of his army barracks; an inhabitant of a municipality against the management of a voting facility for elections for European Parliament; parents against a primary school.

Litigation of a different kind is going to take place for the first time in The Netherlands in early 2000. This concerns a class action against the tobacco

industry holding it responsible for the health damage done to several present and ex-smokers.

## 9 Switzerland

---

By Verena El Fehri

Director, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz AT (Swiss Association for Smoking Prevention), Bern

### 9.1 Introduction

Switzerland has around seven million inhabitants, and approximately one third of the population aged over 15, i.e. just over 1.9 million people, are smokers. Of these, 1.6 million claim that they consume less than one tobacco product in a day. Whereas the proportions of smokers among the adult population aged over 25 remained more or less stable or increased only slightly between 1992 and 1997, the percentages of smokers among the 15 to 24 age-group increased considerably during the same period. Switzerland is among the leaders as far as per capita consumption of cigarettes is concerned.

### 9.2 Tobacco Regulation

The first legislative measures aimed at reducing the use of tobacco were taken by government authorities and the Swiss Parliament at the end of the 1970s. It should be stressed here that considerable pressure was required from outside before such measures were introduced.

Since 1978, cigarette packets have had to carry *warning notices*. Initially, the text of these warnings read: «Warning from the Federal Health Department: Smoking can damage your health». In 1995, however, the warning notice was adapted to that used in EU member states. Since 1986, it has been obligatory for cigarette packets to carry information about tar and nicotine content.

The first restrictions governing tobacco *advertising*, in particular advertising aimed at young people, became law in 1978 as well. Advertising of tobacco products is currently banned in the electronic media, places that are mostly frequented by youngsters aged under 18 and magazines/publications aimed at people aged under 18.

The *distribution of tobacco products* free of charge to persons under 18 years of age is prohibited. At the present time, there is, however, no ban on the sale of tobacco products to youngsters, although there are plans to introduce such a ban for persons aged under 16. The sale of smokeless tobacco is forbidden.

Since 1993, legislation has been in force to protect against exposure to . «Employers are required to take all possible measures at the workplace to ensure that non-smokers are not irritated by the smoke of other persons». In addition, smoking is prohibited in numerous public buildings. These *bans on smoking* are enforced by the operating authorities (e.g. post offices, museums, theatres, etc.). However, individuals who refuse to comply with the bans do not receive fines.

The state government or parliament is not empowered to impose bans on smoking in restaurants/bars, etc. At the present time, legislation exists in four

out of Switzerland's 26 cantons, stipulating that no-smoking areas (usually tables) must be set aside in restaurants.

Approximately 57 percent of the price of a packet of cigarettes currently goes into the state coffers in the form of *tobacco taxes* (51.7 %), Value Added Tax (7 %) and a levy that is paid towards the domestic production of tobacco (0.6 %). The revenue from levies on tobacco is earmarked for a specific purpose and is channelled directly into social welfare.

### 9.3 Tobacco Litigation

*Advertising and promotional measures* used by the tobacco industry have given rise to complaints on several occasions. These complaints were, however, almost always rejected, as the tobacco industry is usually skilled in exploiting any loopholes in the law. For example, cigarette companies run competitions which, by their very nature, are geared to a target group that is aged under 18. On the competition entry form, however, it is stated that anyone entering the competition must be over 18. Consequently, such promotional activities remain within the bounds of the law.

To date, no employee has lodged a protest about *passive smoking* at his or her place of work. In Switzerland, the victim of any damage must lodge the complaint by him or herself; it is not possible for an organisation (e.g. a trade union) to do this in place of the person concerned. In comparison with other European countries, there is very little protection against wrongful dismissal. Consequently, it is possible for an employer to serve notice on an employee without any reason, provided that the stipulated period of notice is adhered to.

According to Swiss jurisdiction, an *injured party* may sue for damages if that party has suffered harm as a result of a wrongful act. However, if the party has engaged in an activity aware of the risk involved, this is not deemed to be a wrongful act. Consequently, if complaints are lodged against the product manufacturers, it must be proven that the injured party was not aware of the potential risk. To compound matters, Swiss jurisdiction decrees that the injured party must prove the damage suffered. Moreover, it must be possible to substantiate the direct link between cause and effect by producing documentary evidence, unless the product has proved to be defective in some way. In contrast to the American legal system, for example, the Swiss legal system also does not provide for damages to be paid as a financial penalty to serve as a deterrent or a preventive measure. According to Swiss law, only persons who have suffered damages directly themselves may submit claims. Third party organisations, health insurance companies or the state itself are not entitled to do so. Up until now in Switzerland, there has been no litigation against tobacco product manufacturers.

## 10 Danmark

---

*Av konsulent, cand. jur. Ulla Skovgaard Danielsen*  
Tobakksskaderådet i Danmark

### 10.1 Indledning

Danmarks befolkning er på lidt over 5 mill. Siden 1950'erne er andelen af mænd der ryger faldet fra ca. 80 % til 36 % i 1998. Andelen af rygere blandt



kvinder er faldet fra 44 % i 1970'erne til 33 % i 1998. Som i en række andre vestlige lande, herunder Norge er der også i Danmark de senere år sket en lille stigning i rygning blandt unge (både drenge og piger). Andelen af dagligrygere blandt de 16–19 årige var i 1996 på 24 %.

## 10.2 Regulering af tobaksområdet

I forhold til mange andre vestlige lande, specielt de andre nordiske lande, er lovgivningen på tobaksområdet i Danmark begrænset og er først blevet vedtaget indenfor de senere år. En mere generel lovgivning blev således først fastsat med loven om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler o.lign. fra 1995.

Nedenfor er angivet de nuværende bestemmelser på området:

Lov nr. 436 af 14. juni 1995 om *røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende*. Loven fastsætter bestemte regler for det statslige område og forpligter hver kommunalbestyrelse og hvert amtsråd til at fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på kommunale og amtskommunale arbejdspladser, institutioner og transportmidler.

Det forventes, at sundhedsministeren på baggrund af Regeringens Folkesundhedsprogram for 1999 til 2008 om kort tid vil fremsætte lovforslag, der forbyder tobaksrygning på daginstitutioner og skoler, på områder hvor børnene opholder sig.

- Socialministeriets vejledning nr. 53 af 6. marts 1998 om *dagtilbud m.v. til børn* efter lov om social service. I vejledningen henstilles det til kommunerne at sikre at der i daginstitutioner og dagplejehjem ikke ryges i lokaler hvor børn opholder sig.
- Lov nr. 426 af 13. juni 1990, som ændret ved lov nr. 1086 af 23. december 1992 om *mærkning af tobaksvarer og om tjæreindhold i cigaretter*. Loven er vedtaget på baggrund af EU-direktiv om mærkning og tjæreindhold. Loven er præciseret i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1213 af 23. december 1992 om mærkning af tobaksvarer, om tjæreindhold i cigaretter samt om forbud mod salg af visse snustobaksvarer.
- Arbejdsministeriets bekendtgørelse nr. 1163 af 16. december 1992 om faste arbejdssteders indretning. I bekendtgørelsen findes en bestemmelse om beskyttelse af ikke-rygere mod gener fra tobaksrøg på spisepladsen.
- Kulturministeriets bekendtgørelser nr. 489 af 1. juni 1997 om *reklame og sponsorering i radio og fjernsyn* forbyder tobaksreklamer i radio og tv. Sponsorering af programmer er ikke tilladt for tobaksproducenter.

Der blev i 1991 mellem Sundhedsministeriet og Tobaksindustrien indgået en *frivillig aftale om markedsføring af tobaksvarer*. Denne aftale afløste en tidligere aftale fra 1986, idet tobaksindustrien dog allerede i 1972 havde pålagt sig selv begrænsninger for hvordan der måtte reklameres for tobaksvarer. Aftalen fra 1991 vil nu blive afløst af lovgivning som følge af EU-direktivet om forbud mod tobaksreklamer. I det lovforslag, der forventes fremsat af sundhedsministeren i januar 2000 vil der formentlig blive lagt op til, at et forbud mod tobaksreklamer skal træde i kraft 1. juli 2000.

Prisen på tobak er meget høj i Danmark. En pakke cigaretter koster i dag 32 dkr.

### 10.3 Advarsler på tobakspakker

I henhold til ovennævnte bestemmelser om mærkning af tobaksvarer skal alle tobakspakninger bære følgende generelle advarsel: «Er yderst sundhedsskadeligt» Sundhedsstyrelsen

Cigaretpakker skal derudover bære en af følgende advarsler, der skal veksle:

- «Rygning er årsag til kræft» Sundhedsstyrelsen
- «Rygning er årsag til hjerte-karsygdomme» Sundhedsstyrelsen
- «Hvis du er gravid, kan rygning skade dit barns sundhed» Sundhedsstyrelsen
- «Beskyt børnene mod passiv rygning – de har ret til selv at vælge» Sundhedsstyrelsen
- «Rygning generer dine omgivelser» Sundhedsstyrelsen

Også på pakninger til cigarer, cigarillos, pibetobak og anden røgtobak skal der være specifikke advarsler.

### 10.4 Retssager i Danmark.

Der har ikke været ført retssager i Danmark om skader som følge af aktiv eller passiv rygning. Juridiske eksperter har til pressen udtalt, at det må anses for svært for en ryger ved en dansk domstol at få tilkendt erstatning, fordi videniveauet om rygningens skadelige virkninger er for højt. Et forhold som måske også vil gøre det svært at kræve erstatning efter dansk ret er den omstændighed, at industrien i 1986 indgik en frivillig aftale med det danske indenrigsministerium, hvorunder sundhedsforhold dengang hørte, om at forsyne cigaretpakninger og annoncer med påskriften «Sundhedsstyrelsen påpeger, at tobaksrygning er sundhedsskadelig». Endelig er det fra juridisk hold fremført, at forældelsesfrister kan betyde, at en erstatningssag ikke kan vindes.

Det vil være af almen interesse, hvis der blev ført en retssag som følge af rygning og det er derfor Tobaksskaderådets opfattelse, at der ved en sådan sag bør bevilges fri proces.

Vedrørende retten til at ryge på en arbejdsplads.

I 1995 blev der truffet en opmandskendelse i en faglig voldgift mellem virksomheden Avery Etiketsystemer A/S og Grafisk Forbund, Dansk Metalarbejderforbund og Handels- og Kontorfunktionærernes Forbund i en sag, hvor påstanden fra Avery Etiketsystemer's side var at virksomheden var berettiget til at indføre forbud mod tobaksrygning på virksomheden. De nævnte faglige organisationer bestred, at virksomheden havde denne ret. Opmandskendelsen fastslog, at virksomheden var berettiget til at indføre et forbud.

## 11 Finland

---

*By professor juris dr. Erkki Aurejärvi  
University of Helsinki, School of Law*

### 11.1 Introduction

The population in Finland is about 5 million. During the last few years the consumption of tobacco products has dropped.

## 11.2 Tobacco regulation

The tobacco law came in force in 1977 in Finland, rulings as follows:

- A total ban on tobacco advertising.
- A prohibition on the sale of cigarettes to minors below the age of 16.
- The medical authorities empowered to put their warnings on each cigarette pack, stating that smoking is dangerous to one's health.

The Parliament has amended the tobacco law many times during the past years. In 1995 the following prohibitions were enacted: smoking of cigarettes in working places and the sale of cigarettes to persons under the age of 18.

From 1.3.2000 the new legislation restrict indoor smoking in restaurants. 50 % of the space in big restaurants must now be smokefree. It is also prohibited to smoke on the bar desk. These restrictions are usually respected in Finland.

## 11.3 Tobacco Cases in Finland

### 11.11.3.1 *The product liability case*

A product liability case started in the Helsinki District Court in 1988. Plaintiff is Mr. Pentti Aho who smoked between 1941–1986. He got chronic bronchitis, emphysema and finally throat cancer in 1986. Now his wife and son are representing the plaintiffs and are seeking 500.000 Finnish marks (100.000 US dollars) in compensation from the defendants, British American Tobacco Nordic and R. J. Reynolds.

The Helsinki District Court gave its verdict in 1992 in favor of the defense. The verdict was appealed. In its judgment, the Court of Appeals said: «the defendant's conduct has been negligent in a manner that, pursuant to the Damages Act, makes them liable to compensate for the damage they caused.» The Court stressed, however, that «a verdict in favor of the plaintiffs would require the plaintiffs to establish a causal link between the cigarette smoking and the illnesses diagnosed». The Court of Appeal found that this causal connection was not adequately established in the case of Pentti Aho.

In June 1999, the Supreme Court has agreed to hear the case.

### 11.11.3.2 *The criminal trial*

The criminal trial against the executives of the tobacco companies was started in 1992 in the Espoo District Court. There are 2 plaintiffs (victims) who are ex-smokers and injured by cigarettes. The prosecutions are about marketing crimes and grave assault.

The judge rejected the prosecutions in 1993. The Court of Appeals overturned the charges due to the absence of an established causal connection. The verdict is being appealed to the Supreme Court.

## 12 Australia

---

*By Jonathan Liberman, BA, LLB (Hons)  
Attorney-at-Law*

## 12.1 Introduction

Australia has a federal system of government; power is exercised both at the national (or Commonwealth) level and by State and Territory governments. Under constitutional arrangements, the Commonwealth Parliament does not have plenary legislative power – it may legislate only in respect of enumerated heads of power. In contrast, State and Territory Parliaments do have plenary legislative power, subject to certain specific exceptions. The effect of these arrangements is that tobacco regulation cannot be achieved solely at the national level. Certain issues are dealt with by national regulation, while others are dealt with at the State / Territory level, where regulation often varies from jurisdiction to jurisdiction.

## 12.2 Tobacco Regulation

### 11.12.2.1 Federal Regulation of Tobacco

The major elements of federal tobacco regulation are:

Tobacco **advertising** is prohibited. This covers the publication (broadly defined, and including «authorising or causing» to be published) and broadcasting of tobacco advertisements. Exceptions are made for: point-of-sale advertising, which is generally regulated at the State / Territory level; «accidental or incidental» publication or broadcasting; and sporting and cultural events of international significance specified by the Minister for Health.

Cigarette packets distributed in Australia must bear

- one of six rotating **health warnings**: «SMOKING CAUSES LUNG CANCER»; «SMOKING IS ADDICTIVE»; «SMOKING KILLS»; «SMOKING CAUSES HEART DISEASE»; «SMOKING WHEN PREGNANT HARMS YOUR BABY»; «YOUR SMOKING CAN HARM OTHERS»;
- a more detailed «explanatory message» for each of these health warnings; and
- a phone number to call for more information, which provides a recorded message dealing with the health effects of smoking.

Cigarette packets distributed in Australia must bear *messages* indicating average tar, nicotine and carbon monoxide levels for that brand of cigarettes, as measured by ISO testing methods. The messages must also explain what tar («condensed smoke containing many chemicals, including some that cause cancer»), nicotine («a poisonous and addictive drug»); and carbon monoxide («a deadly gas which reduces the ability of blood to carry oxygen») are.

### 11.12.2.2 State/Territory Regulation of Tobacco

The major areas covered by State and Territory regulation include:

Sales to minors: In all States and Territories it is an offence to sell tobacco products to children under the age of 18 years.

Point-of-sale advertising: Some States/Territories have banned point-of-sale advertising, restricted display of tobacco products at point-of-sale, and required the display of health warnings at point-of-sale. Others allow point-of-sale advertising, but, in some cases, subject to restrictions on size and location.

Restrictions on smoking in public places: These vary markedly from jurisdiction to jurisdiction, ranging from limited restrictions through to substantial restrictions on smoking in enclosed public places such as shopping centres, malls, plazas, restaurants, cafeterias, clubs, schools, universities, business premises, community centres, theatres, cinemas, libraries, buses, taxis, boats, hotels, motels, and sporting and recreational facilities.

Licensing of retailers: Some jurisdictions require tobacco retailers to hold licences, which may be suspended or cancelled for failure to comply with applicable legislation, such as sales-to-minors legislation.

## **12.3 Tobacco Litigation**

### ***11.12.3.1 Actions by individuals***

There have been two attempts in Australia by individuals with tobacco-related illness to sue tobacco companies for compensation – one in the late 1980s, the other in the mid-1990s. Neither case made it to trial. Each succumbed to the force of traditional tobacco company techniques of ceaseless procedural and interlocutory applications, which made the litigation unmanageable.

#### *11.12.3.1.1 Class actions*

Australia's first tobacco class action was filed earlier this year (April 1999) in the Federal Court. It is an action brought on behalf of individuals who first suffered, or were diagnosed with, smoking-related disease between 16 April 1996 and 16 April 1999. (The class is limited in this way for statute of limitations purposes.) It has been estimated that up to 60,000 Australians may fall within the class. Under Federal Court procedures, members of the class are covered by the Court's decision unless they actively «opt-out» of the proceedings.

The class action seeks compensation and exemplary damages from the three major Australian tobacco companies, Philip Morris, Rothmans and WD & HO Wills. It pleads causes of action in common law negligence and trade practices law (misleading and deceptive conduct), and focuses, in particular, on the following conduct of the respondent tobacco companies:

- advertising, marketing and promoting cigarettes as enhancing consumers' life and enjoyment of life;
- making public statements denying the existence of reliable evidence linking smoking to health risks;
- lobbying Commonwealth, State and Territory governments in relation to:
- restrictions on advertising, marketing, promotion and sale;
- the placement of warnings on cigarette packets; and
- the size and content of warnings on cigarette packets; and
- remaining silent and concealing knowledge about the effect of nicotine and the link between smoking and disease.

On 13 August 1999, Justice Wilcox of the Federal Court dismissed strike-out applications filed by the respondent tobacco companies, and held that the action was suitable to proceed as a class action.<sup>1192</sup> The tobacco companies had argued, *inter alia*, that there were insufficient common issues to satisfy the class action requirements. The tobacco companies have appealed Justice Wil-

1192. (Justice Wilcox's judgment may be found at [http://www.austlii.edu.au/au/cases/cth/federal\\_ct/1999/1107.html](http://www.austlii.edu.au/au/cases/cth/federal_ct/1999/1107.html))

cox's decision to the Full Bench of the Federal Court, and the appeal was heard earlier this month (November 1999). As of writing this report, judgment had not been delivered.

### **11.12.3.2 Passive smoking litigation**

Passive smoking litigation has been brought successfully in Australia since the mid-1980's.

### **11.12.3.3 Exposure to Passive Smoking in the Course of Employment**

Most such cases have been brought under common law (negligence) or workers compensation legislation by individuals exposed to passive smoking in the workplace. While the majority have been settled out-of-court, the most prominent case successful at trial saw a jury award \$ 85,000 to a woman with a history of asthma and bronchitis exposed to cigarette smoke in the workplace ( *Scholem v Department of Health* , 27 May 1992).

### **11.12.3.4 Discrimination in Public Places**

More recently, a discrimination claim has been successful in the Federal Human Rights and Equal Opportunity Commission ( *Meeuwissen and Francey v. Hilton Hotels of Australia Pty Ltd* , 25 September 1997). The case was brought under the *Disability Discrimination Act 1992 (Cth)* , against the owner and manager of a nightclub, by a woman who suffered from asthma and was forced to leave the nightclub because of the effect of environmental tobacco smoke on her breathing. The Commission found that the nightclub had unlawfully discriminated against the woman by requiring her to comply with a condition (the ability to tolerate environmental tobacco smoke) with which she was unable to comply as a result of her disability (asthma).

The Commission concluded that such a finding would not cause the respondent unjustifiable hardship (which would have constituted a defence under the legislation), saying: The capacity for all Australians, with or without a disability, to participate as far as possible in all aspects of community life must be the paramount consideration. When the benefits set out above to other patrons as well as staff, as well as to the respondent itself, are added, the scales are weighted heavily.

The Commission awarded the woman \$ 2000 in damages and her companion \$ 500.<sup>1193</sup>

### **11.12.3.5 Misleading and Deceptive Conduct About the Effects of Passive Smoking**

The Australian Federation of Consumer Organisations successfully sued the Tobacco Institute of Australia over an advertisement it had published in newspapers in 1986 which stated, inter alia, that «there is little evidence and nothing that proves scientifically that passive smoking is harmful to health». The

1193. (The judgment can be found at [http://www.austlii.edu.au/au/other/hreoca/1997/56.html?query=title\(hilton\)](http://www.austlii.edu.au/au/other/hreoca/1997/56.html?query=title(hilton)))

Federal Court held that the Tobacco Institute had engaged in misleading and deceptive conduct in publishing the advertisement, and made a declaration to that effect.<sup>1194</sup>

### **11.12.3.6 Public Interest Litigation**

In September 1999, the Tobacco Control Coalition Inc. filed an action against Australia's major tobacco companies in the Federal Court, seeking the establishment of a fund (of up to \$ 500 million per year) to be used for tobacco control measures such as advertising campaigns, educational programs, quit smoking programs and nicotine replacement therapy reimbursement. The action is a class action brought on behalf of two classes: current and future smokers who have not yet suffered or been diagnosed with smoking-related disease; and various health and medical groups involved in tobacco control.

The case is presently at a very early stage. A statement of claim is to be filed in early December 1999.

## **13 New Zealand**

---

*By Trish Fraser*

*Director, ASH (New Zealand) Inc.*

### **13.1 Introduction**

The population of New Zealand was estimated to be 3,808,700 at 30 June 1999. In the last two decades there has been a significant decrease in consumption of tobacco products among adults aged 15 years and over. In 1978, cigarette equivalents per adult aged 15 years and over were 3066. In 1998, that figure has dropped to 1371. New Zealanders are consuming less than half the number of cigarettes they were consuming in 1978. Twenty-five percent of the adult population in New Zealand smoke.

### **13.2 Tobacco Regulation**

The New Zealand Government began to tackle the problems relating to the use of tobacco products in 1963. Since 1963 there have been increasing restrictions placed on tobacco industry activities. These are:

- 1963: Tobacco *advertising* banned on radio and television.
- 1973: Tobacco advertising banned on billboards and in cinemas. Print media restricted to half a page.
- 1986: Tax hike of 70c per packet of 20 cigarettes.
- 1990: *Smoke-free Environments Bill* passed – included:
  - Part 1 – smokefree areas in workplaces, restaurants and some indoor public places;
  - Part 2 – imposed controls on marketing, advertising or promotion of tobacco and monitored and regulated harmful substances in tobacco; and

---

<sup>1194</sup>[http://www.austlii.edu.au/au/do/disp.pl/au/cases/cth/federal\\_ct/unrep4662.html](http://www.austlii.edu.au/au/do/disp.pl/au/cases/cth/federal_ct/unrep4662.html) for the first instance decision. See [http://www.austlii.edu.au/au/do/disp.pl/au/cases/cth/federal\\_ct/unrep6037.html](http://www.austlii.edu.au/au/do/disp.pl/au/cases/cth/federal_ct/unrep6037.html) and [http://www.austlii.edu.au/au/do/disp.pl/au/cases/cth/federal\\_ct/unrep5847.html](http://www.austlii.edu.au/au/do/disp.pl/au/cases/cth/federal_ct/unrep5847.html) for decisions on appeal.

Part 3 – established the Health Sponsorship Council to provide replace tobacco sponsorship.

- 1995: All remaining tobacco advertising and sponsorship banned except for point-of-sale advertising. Equalisation of tax on all tobacco products. Code of Practice for tobacco industry on point-of-sale advertising.
- 1997: Smoke-free Environments Amendment Bill (No.2) passed – included:
  - Raising the *legal age* of minors who can be sold cigarettes from 16–18 years
  - Strengthening parts of the Act in relation to vending machines, harmful constituents, rewards and liability of employees and employers in the sale of cigarettes to minors.
- 1998: Packets of 10 cigarettes banned. Point-of-sale tobacco advertising banned.

The Ministry of Health has the power to regulate harmful *constituents* in tobacco products produced for sale in New Zealand but has not taken any steps to regulate the contents of tobacco.

The price of cigarettes in New Zealand range from US\$3.25 – US\$4.25

### **13.3 Tobacco Litigation**

#### **11.13.3.1 Background**

Proposed tobacco litigation in New Zealand is progressing very slowly. New Zealand is not a litigating country. One of the major problems is the Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992 which covers rehabilitation and compensation to persons who suffer through personal injury. If a person receives compensation from the Accident Compensation Corporation (ACC) then they are not eligible to sue for compensation. Illness or death from smoking is not considered an accident therefore smokers and ex-smokers with smoking related illnesses are exempt under the legislation. This means they are able to sue tobacco companies. However, legally New Zealand is not a supportive environment to sue for compensation.

#### **11.13.3.2 Reg De Grave, Potential Claimant**

In 1991 Reg De Grave with assistance from ASH began proceedings to sue the New Zealand tobacco industry. He suffered from Buerger's Disease which resulted in the amputation of his legs and most of his fingers. He also suffered several heart attacks. Medical evidence supported his claim that his health problems were a result of years of smoking. He applied for legal aid but unfortunately in 1992 was turned down and gave up his fight against the tobacco industry. He was also outside the Statute of Limitations which bars any claim for personal injury beyond six years from the '*cause of the action*'.

#### **11.13.3.3 Class Action**

Following the investigation of Reg De Grave's case against the tobacco industry, there was a move from ASH to find a lawyer who would take a case on



against the tobacco industry. In 1995, Dr David Collins, Barrister took on that role free of charge. ASH has acted as the co-ordinating organisation for this class action case.

From 1995–1996 medical evidence and information was gathered from potential claimants. Dr Collins was monitoring legal action internationally but not confident of winning the case at that time. By 1997, he believed public opinion was changing and the United States(US) was having more success with their litigation and many other countries were also beginning to launch cases against local tobacco companies.

In 1996, ASH established a '*fighting fund*' of A\$4,250.00 which was donated by the Auckland Cancer Society. This was to ensure Dr Collins and the claimants were not '*out-of-pocket*' for any expenses and to fund any research required. The '*fighting fund*' would need to be enlarged considerably but at least the donation from the Cancer Society was a start.

In 1997, Dr Collins divided the claimants into two groups. One a group of 10 claimants and the other a group of 31. The first group are a smaller more synergistic group who fitted the optimum legal criteria:

- Became addicted to smoking prior to 1974 (when New Zealand started to put warnings on its cigarette packets)
- Had smoked New Zealand tobacco products
- Had succumbed to a smoking related illness i.e. lung cancer, peripheral vascular disease or emphysema.
- The damage suffered has been discovered, or ought reasonably to have been discovered within the past six years.
- There is reasonable likelihood the claimant would be entitled to legal aid.
- There is reasonable likelihood the claimant would survive the litigation process.

This did not mean the claimants in the second group should be forgotten but their case would be easier if the initial groundbreaking case had been successful against the tobacco industry.

In 1998, Dr David Collins applied for legal aid for the 10 potential claimants. He has received four requests from the Legal Services Committee since then for further information. The final request was for the result of the application for legal aid in the United Kingdom(UK) which was unsuccessful. We have been waiting several months for a reply from the Legal Services Committee and believe the chances of legal aid being granted are slim.

*Asia*

## **14 The Philippines**

---

*By Daniel Tan, M. D.*

*President, Tobacco-Free Philippines Foundation*

### **14.1 Tobacco regulation**

There is a Consumer Code of the Philippines Article 94, that requires all tobacco products to have a *health warning* that 'smoking is dangerous to your

health', and that all billboards and electronic media should have similar warnings displayed. In 1994, the industry challenged the Secretary of Health in court, questioning his authority in implementing such regulation. So far, none of the provisions in the rules and regulations have been faithfully complied with by the tobacco companies. The government is apparently incapable of enforcement at the moment.

#### **14.2 Tobacco Litigation**

A class action suit was brought in 1987 by 5 young attorneys and their families, on behalf of children born and unborn, seeking to force the domestic licensees of Philip Morris and R.J. Reynolds to put the same labelling on the cigarettes in the Philippines similar to the ones in the United States, and to remove all radio and television advertising (*Jardeleza v. R.J.Reynolds Tobacco Co.* 1987).

These lawyers (the plaintiffs) charged that the constitutional rights to health of these Filipino children is being violated by the suppression of information that smoking is dangerous to health. The lawyers demanded that the cigarette companies should at the minimum abide by the same rules and standards as in their country of origin. Plaintiffs asked for 5 times the equivalent of the advertising budgets of the tobacco companies. The damages awarded were to be committed to anti-smoking advertisements.

The lawyers representing the tobacco companies (the defendants) filed for dismissal of the suit arguing that it is the Philippine licensees who are responsible for the operations. They claimed that restricting such advertisement is an infringement of the companies' constitutional rights to freedom of commercial expression. Furthermore, the defendants argued that American teenagers need more protection from their legislature, and that young Filipinos need less protection. The plaintiffs were challenged by the tobacco companies to prove that the lungs of Filipino children are just as vulnerable as the lungs of American children.

While the case was still pending, the trial was delayed and eventually dropped by the plaintiffs because the courthouse in which the papers were filed mysteriously burned down.

### **15 Hong Kong**

---

*By Marcus Yu*

*Executive Director, Hong Kong Council on Smoking and Health*

#### **15.1 Tobacco Regulation**

##### **11.15.1.1 No Smoking Areas:**

1. Prohibition of smoking in the following areas:
  - a) Any area opened, kept or used for, or in connection with, the purpose of providing seating accommodation in a cinema, theatre or concert hall.
  - b) Any public lift.
  - c) Any amusement game centre.
    - i. Any indoor area open to the public in a supermarket or bank.
    - ii. Any indoor area open to the public in department stores or shop-

ping malls, except the restaurant within a department store or a shopping mall.

2. Smoking is prohibited in public transport carriers including public bus, public light bus, taxi, train, and ferry.
3. The following organizations can designate all or part of their areas as no smoking areas:
  - a) Airport Authority
  - b) Restaurants.
  - c) Schools
  - d) Post secondary colleges, technical colleges or technical institutes, industrial training centre or skill centres
  - e) Universities
  - f) The Hong Kong Academy for Performing Arts.
4. The manager of a restaurant which provides indoor seating accommodation for more than 200 persons, excluding accommodation being used exclusively for a private event and separated by full height partition, shall designate not less than one-third of the area of such as a no smoking area.
5. Display of signs where smoking prohibited.
6. The manager of a restaurant shall place and keep in place in a prominent position in the restaurant and visible from outside the restaurant a sign in English and Chinese indicating whether there is in the restaurant an area of its seating accommodation where smoking is not permitted.

#### **11.15.1.2 Sales of Tobacco Products:**

1. No person shall sell, offer for sale or possess for the purposes of sale any cigarettes unless -
  - a) they are in a packet of at least 20 sticks; and
  - b) the packet bears in the prescribed form and manner -
  - c) a health warning;
  - d) (ii) the tar and nicotine yields
2. No person shall sell, offer for sale or possess for the purposes of sale any cigarette containing an amount of tar exceeding 17 milligrams.
3. No person shall sell or offer for sale any tobacco product from a vending machine.
4. No person shall sell, offer for sale or possess for the purposes of sale any cigar, pipe tobacco or cigarette tobacco unless the container thereof bears a health warning in the prescribed form and manner.

#### **11.15.1.3 Tobacco Advertising:**

1. Prohibition of tobacco advertisement in a printed publication. (Effective from 31 December 1999).
2. Prohibition of outdoor tobacco advertisement.
3. Prohibition on broadcast of tobacco advertisement by radio or visual images

4. Prohibition on exhibition of tobacco advertisement by film
5. Prohibition on placing of tobacco advertisement on the Internet

#### **11.15.1.4 Prohibition on Selling or Giving of Tobacco Products:**

Prohibition on selling or giving of tobacco products to minors.

Prohibition on giving tobacco product to anyone for promotional purposes

### **15.2 Tobacco Litigation**

There has not been any tobacco litigation taken up, either by individual or groups, in Hong Kong until 1999, when a smoker filed a suit against Philip Morris claiming damages for being led to smoking in 1983.

The smoker WAH Po-hing, 55, a businessman claims he suffers a «doctor phobia syndrome» because of his habit and he sues Philip Morris for \$28 million. The named defendant is the Philip Morris Asia company, a Hong Kong branch of Philip Morris Incorporated, which makes Marlboro cigarettes.

Mr. Wah filed a High Court writ saying he refuses to be examined by doctors for fear of being diagnosed with lung cancer after 16 years of smoking. He also says smoking has caused him to suffer premature ageing, glaucoma and cataracts. The writ says Mr. Wah started smoking Marlboro cigarettes in 1983 after watching advertisements showing a smart and strong American man on a big horse. Mr. Wah claims he was misled by the advertisement, believing smoking could improve his image.

He says he now smokes 60 cigarettes a day. He claims his «doctor phobia» developed in 1991 when he consulted a doctor after vomiting blood but refused further examination, fearing a diagnosis of lung cancer. He has not sought a formal consultation since, the writ says. Mr. Wah also claims smoking has accelerated his ageing by turning his teeth yellow and caused a glaucoma and cataracts, which he says a «doctor friend» had diagnosed.

## **16 India**

---

*By Prakash C. Gupta, Sc.D.,  
Senior Research Scientist (H),  
Epidemiology Research Unit, Tata Institute of Fundamental Research, Mumbai*

### **16.1 Introduction**

Tobacco was a common and popular substance in India much before the introduction of commercially manufactured cigarettes. Around the beginning of this century, British India was the second largest producer and consumer of tobacco in the world and today's India is the third. The use of tobacco is widespread as it is integrated in a variety of culturally accepted practices such as betel-quid chewing. Cigarette smoking is only a minor form of tobacco use in India. Therefore one has to keep a very large spectrum of tobacco smoking, chewing and applying practices in mind while talking about tobacco control in India.

Tobacco use is prevalent in all sections of the Indian society: men, women, youth, rural, urban, rich and poor, although with different preferences. Men of

urban middle and rich classes like to smoke cigarettes whereas urban poor and rural youth smoke bidi. Bidi contains a smaller amount of tobacco (0.2 g), costs about one-eighth of cigarette, but delivers a comparable or greater amount of tar and nicotine. Naturally, about eight times more bidis are smoked compared to cigarettes in India. It is estimated that about 43 % men in India smoke and smoking is increasing. The cigarette production has shown a continuous increase except for a brief period during late eighties because of a change in excise structure. Currently over 90 billion cigarettes are sold in India. During last few decades bidi smoking has shown a large increase, the estimated per adult consumption going up by 60 % even after taking the rapid population growth into account.

Urban women generally do not smoke and persuasion campaigns by cigarette companies have failed so far. In rural India, women smoke only in specific geographic areas. For example, in parts of Bihar and UP, women smoke hookah, or water-pipe. On the east coast of India, women smoke chutta (a kind of cheroot), in a reverse manner i.e. with glowing end inside the mouth. In Srikakulam district, Andhra Pradesh 62 % women reported practising reverse smoking.

Women in most part of India use tobacco for chewing and oral application. The prevalence differs in different parts of India but minimum seems to 15 %. Most common is betel-quid chewing – a mixture of betel leaf, lime, areca nut and tobacco, although other combination of these ingredients are also used. There are a variety of substances derived from tobacco that are used for oral application. Women in Maharashtra apply mishri, a black powder obtained by roasting and grinding tobacco. In a survey of 99598 persons in Bombay, about half the women reported using mishri, and in a socially and economically disadvantaged group, the prevalence was 84 %. Women in Gujarat apply bajar, a dry powder snuff, and in the eastern region of India, they apply gudakhu, a paste containing tobacco and molasses.

Tobacco chewing among men is also very common especially in the form of tobacco lime, tobacco lime and areca nut, and betel quid chewing. Although prevalence varies widely in different parts, it is estimated that 30 % men chew tobacco (including 8 % who may smoke as well) in one form or other.

The industry is further compounding an already complex tobacco problem. Tooth powders that contain tobacco are manufactured and marketed as denitrifice. Tobacco tooth pastes are marketed in toothpaste like tubes as creamy snuff.

In addition to existing tobacco problems, the most serious new problem is the advent of pan masala (betel quid mixtures). Pan masala is vigorously advertised, promoted and marketed, with no holds barred approach as cigarettes were in 1940s and 50s. As a result this substance has become very popular especially among youth and the industry has skyrocketed from zero to worth several billion dollars within three decades. The health consequences have already become apparent. Oral submucous fibrosis is an incurable, non-regressive disease in which mouth opening gets progressively smaller and smaller, and it is highly precancerous (relative risk 397.3). This disease is caused by areca nut, a constituent in pan masala. Until a decade or two back, it was a rare disease found generally among older individuals. Now it has

become an alarmingly common disease seen mostly among young individuals (15–35 years). A further increase in the incidence of oral cancer, which is already a common cancer in India, is a frightening possibility.

Several research projects investigated the influence of various types of health educational strategies for stopping tobacco use. Most of them reported a significant degree of success. One study reported a substantial and significant decrease in the risk of oral precancerous lesion as a consequence of health education on tobacco. Although these studies did demonstrate a possibility of change in tobacco habits in India, currently very few cessation programs are available to the general public. There are no national or even state level agencies focusing on health education on tobacco use.

It is estimated that 635000 adult deaths in India are directly attributable to the use of tobacco every year. Compared to this, progress in tobacco control efforts has been rather patchy and tardy. As yet, there is no widespread tobacco control movement or any public health oriented policy approach towards tobacco control. In addition to usual education and awareness efforts, some regulatory and litigation measures have been attempted.

## **16.2 Tobacco Regulation**

In India, a *warning* on cigarette packets and advertisements (Cigarette smoking is injurious to health) is mandatory under the Cigarette (Regulation of Production, Supply & Distribution) Act of 1975 (in force since April 1976). The *advertising* of the tobacco products is prohibited in the government-controlled media, like, T.V., radio and government publications. In 1990, the Government of India issued an administrative order prohibiting *smoking in select public places* like hospitals, dispensaries, educational institutions, conference rooms, domestic air flights, air conditioned coaches in trains, suburban trains and air-conditioned buses. Indian Railways, that function as a department of the Government of India, banned sale of tobacco on the World Environment Day in June 1999 on Railway platforms. Two small states, Delhi and Goa have promulgated their own tobacco control legislations that ban outdoor tobacco advertisement and smoking in public places.

## **16.3 Tobacco Litigation**

There have been several litigations relating to tobacco control filed by individuals and non-governmental organisations. Some have been successful, some not so successful. The most successful one has been in Kerala where a ban on smoking in public places was imposed by the Kerala high court through an order on July 12, 1999 strictly prohibiting smoking in public places. The Court defined the public places to include bus stands, railway stations, roads, offices, hotels and bars and directed State Police to strictly enforce its order. The court order came after a woman employee filed a public interest petition stating that she found it difficult to commute in a bus in which her male co-passengers smoked.

Several other litigations are going on. The oldest one is perhaps a case filed by a consumer organisation in Delhi (VOICE) against the largest tobacco company in India, India Tobacco Company (a subsidiary of British American Tobacco) on October 20, 1984 challenging a contest 'Made for Each Other' as

an unfair trade practice and contending that the contest encouraged non-smokers to take up smoking. This case is still going on.

When an amendment in the Drugs and Cosmetics Act, 1940, barred manufacturers from putting tobacco in toothpaste and toothpowder, a manufacturer of tobacco tooth powder (Kasturi Manjan) filed a case in Rajasthan High Court. The High Court upheld the ban and directed the Central Government to appoint a committee of experts to deliberate the use of tobacco in other smokeless tobacco products such as pan masala, gutka etc. A special committee was constituted by the Directorate General of Health Services to examine the data related to these tobacco mixtures. Ultimately the Central Committee on Food Standards in November 1997 recommended a ban on chewing tobacco in the country. Health Ministry supported recommendation but even now the implementation remains a matter of contention within the Government structure.

VHAI, Another Delhi based health NGO Voluntary Health Association of India, has filed a case against sponsoring the Indian Cricket team as WILLS Cricket Team on 13<sup>th</sup> May 1999.

In July 1999, an industrialist-politician, Mr. Murli Deora, filed a public interest petition in the supreme court of India demanding that tobacco companies pay a compensation of Rs 500 crore (about US\$ 120 million) for the hazardous effects caused by the sale of tobacco and its products.

In October 1999, a public interest petition has been filed by Consumer Education Research Society (CERS) in Gujarat High Court seeking a ban on tobacco products.

**Vedlegg 12****Søksmål mot utenlandsk tobakksindustri internasjonal  
privatrett***Av lagmann Hans Petter Lundgaard***1 Innledning**

---

Jeg er blitt bedt om å utrede spørsmålet om *lovvalg* og om internasjonale *forum* spørsmål i forbindelse med eventuelle søksmål mot norsk og utenlandsk tobakksindustri.

Det er i begge tilfelle spørsmål om ansvar *utenfor kontrakt*, men spørsmålene kan ha kontraktsrettslige elementer i og med at de skadelidte røykere, som regel vil ha kjøpt det skadevoldende produkt, sigaretter eller tobakk, fra en detaljist som selger tobakk. Annerledes vil det være ved passiv røyking, hvor det ikke foreligger et slikt element av kontraktsmessig tilknytning. Erstatningsrettslig kan det innebære en viss forskjell fordi argumentasjon basert på synspunktene «skadelidtes medvirkning» eller «aksept av risiko» regelmessig vil være uten enhver betydning når det gjelder eventuelle skader forvoldt ved passiv røyking. Dette gjelder i alle fall i forhold til skader forårsaket av tobakksprodusenter eller importører. (Forholdet kan være annerledes i forhold til yrkesskadeforsikring i forbindelse med arbeid i røykfylte lokaler.)

Slike spørsmål ligger imidlertid utenfor mitt mandat som gjelder forumspørsmålene og lovvalgsspørsmålene i forbindelse med søksmål mot tobakksindustrien, tobakkseksportører mv.

Jeg går ut fra at kravstillerne er norske. Det kan enten være de som lider tap ved at de er blitt påført helseskade gjennom bruk av tobakksvarer, eller ekstraintgifter som følge av sykdom forårsaket av bruk av tobakk.

Det internasjonale aspekt av disse problemene vil komme inn i den utstrekning ansvarskravene rettes mot utenlandske produsenter eller mellommenn. Rettes krav mot norske detaljister eller importører eller produsenter, er det ikke tvilsomt at norsk rett er anvendelig og at søksmål kan reises ved norske domstoler.

**2 Vernetingsspørsmålene**

---

Når det gjelder søksmål mot selskaper som ikke har sitt hjemting i Norge, vil vernetingsspørsmålet kunne stille seg forskjellig, avhengig av om saksøkte er hjemmehørende innenfor et land som er tilsluttet Luganokonvensjonen. Luganokonvensjonen gjelder som lov i Norge, og i tilfelle av motstrid går Luganokonvensjonen foran de tilsvarende bestemmelser i tvistemålsloven (tvml).<sup>1195</sup>

Søksmål mot et norsk selskap vil enten kunne reises ved saksøktes hjemting, jfr tvml § 21 for så vidt gjelder selskaper, eller eventuelt ved erstat-

<sup>1195</sup>Se Lov av 8 januar 1993 nr. 21 om gjennomføring i norsk rett av Luganokonvensjonen om domsmyndighet og fullbyrding av dommer i sivile og kommersielle saker § 1.



ningsvernetinget, jf tvml § 29. Jeg går ikke nærmere inn på disse vernetingsreglene.

Dersom det selskap som kravet rettes mot, ikke har hjemting i Norge, er hovedregelen at det må saksøkes ved domstolene i den staten der det har sitt *hjemting*. Det vil i praksis være der selskapet har sitt hovedsete, se Luganokonvensjonen art 53, jf art 2. Et slikt selskap vil ikke kunne saksøkes i Norge med mindre et av de særlige verneting, enten i Luganokonvensjonen, se særlig art 5, eller i tvistemålsloven kap II, finner anvendelse. I denne sammenheng er de viktige bestemmelsene erstatningsvernetinget i tvml § 29 og Luganokonvensjonens art 5 (3).

Domstolene på *skadestedet* har kompetanse til å avgjøre erstatningskrav som er en følge av en skadegjørende handling. Luganokonvensjonen art 5 (3) omhandler etter ordlyden bare erstatningskrav for så vidt gjelder skade utenfor kontraktsforhold. Tvml § 29 omfatter også krav om oppreisning, trygd eller pensjon og krav som følge av ulykke eller bedriftssykdom som etter ulykkestrygdlovgivningen skal regnes like med en ulykke.

Saksøker vil etter begge bestemmelser ha valget mellom det stedet der den skadegjørende handlingen ble utført og det stedet der den umiddelbare skade inntraff. Regelen kan imidlertid ikke tolkes så ekstensivt at den omfatter ethvert sted hvor de skadelige følger kan merkes, se dom av EFD av 19 september 1995 i sak *Marinari/Lloyds Bank plc et Zubaidi Trading Company* Sak C-364/93, trykt i *European Court Reports* 1995 s. I-2719. I sammendraget heter det:

«The term «place where the harmful event occurred» in Article 5(3) of the Convention of 27 September 1968 on Jurisdiction and the Enforcement of Judgments in Civil and Commercial Matters does not, on a proper interpretation, cover the place where the victim claims to have suffered financial damage following upon initial damage arising and suffered by him in another Contracting State. Although that term may cover both the place where the damage occurred and the place of the event giving rise to it, it cannot be construed so extensively as to encompass any place where the adverse consequences can be felt of an event which has already caused damage actually arising elsewhere.»

Verken Luganokonvensjonen art 5 (3) eller erstatningsvernetinget i tvml § 29 gjelder erstatning i kontraktsforhold, se Rt. 1998 s 1284.<sup>1196</sup>

På den annen side er det sikker norsk rett at tvml § 29 hjemler internasjonalt verneting, se f.eks. Rt. 1990 s 382 og Rt. 1996 s 875. I den siste avgjørelsen, som gjaldt et forhold fra før Luganokonvensjonen trådte i kraft, ble det gitt en mer utførlig begrunnelse for vernetingsspørsmålet, samtidig som det ble uttalt at det måtte sikres at søksmålet hadde en naturlig tilknytning til Norge.

1196. Det er også på det rene at tvml § 29, uten andre tilknytningspunkter til Norge, ikke kan anvendes i norsk økonomisk sone, se kjennelse av Gulating lagmannsrett av 26 februar 1998 «Leros Strength». Lagmannsretten fant at regelen i domstolsloven § 26a, som ble vedtatt i 1992, ikke i seg selv ga hjemmel til å behandle en erstatningssak på grunn av skade i norsk økonomisk sone ved norske domstoler. Dette spørsmålet var ikke spesielt drøftet i forarbeidene, og lagmannsretten sa seg enig med Stavanger byrett i at lovendringen ikke innebar noen generell utvidelse av norsk jurisdiksjon til å omfatte enhver virksomhet på kontinentalsokkelen og norsk økonomisk sone. En utvidelse slik at jurisdiksjonen også omfattet skipsforlis uten tilknytning til Norge, kunne ikke utleses av forarbeidene, mente lagmannsretten. Dermed ble søksmålet avvist.

«Normalt må det tilsi at søksmål ikke kan anlegges her om de virkninger som begrunner kravet fremstår som mer avledede og bagatellmessige sammenlignet med virkningene i andre land.»

Også i denne saken la Høyesterett vekt på praksis etter Luganokonvensjonen og Brusselkonvensjonen. Høyesterett viste til den meget omtalte avgjørelsen av EFD i sak C 68/93 «Shevill saken» hvor domstolen uttalte at en som er krenket i en avisartikkel, kan anlegge erstatningssak mot utgiverne av avisen for domstolene i den staten avisen ble utgitt for hele den skade ærekrenkelsen hadde forvoldt og ved domstolene i de øvrige land der avisen er utbredt, men da bare for skade som er oppstått i vedkommende land.

Høyesterett tilføyde at det «måtte være et moment av vekt ved anvendelsen av tvistemålsloven § 29 som regel om internasjonalt forum, at den praktiseres i overensstemmelse med forumregler i land vi i betydelig utstrekning har felles rettstradisjon med».

Kjennelsen vedrørende flykatastrofen på Svalbard i 1996, hvor 141 russere med tilknytning til gruvedriften på Svalbard omkom, angir den foreløpige sluttstrek når det gjelder anvendelsen av tvml § 29 i internasjonale forhold. Kjæremålsutvalget fant at denne bestemmelsen ikke ga verneting i enhver sak etter en ulykke som er inntruffet på norsk territorium. Kjæremålsutvalget var enig med lagmannsretten i at tvisten måtte ha en naturlig tilknytning til Norge, også for så vidt gjaldt skadestedsalternativet. Partene hadde ingen tilknytning til Norge, og tapene oppstod i saksøkernes hjemland, ikke i Norge. Forsikringsavtalen var også inngått i utlandet mellom utenlandske selskaper. Etter dette fant kjæremålsutvalget at saken ikke hadde slik tilknytning til Norge at søksmålet kunne anlegges her.

De regler som i korthet er gjennomgått ovenfor, innebærer etter min mening at det ikke er særlig tvilsomt at søksmål som er basert på krav om erstatning som følge av tobakksrelaterte skader, vil kunne reises der skaden er oppstått. Det innebærer for det første at hvis den direkte skadelidte har sin bopel i Norge, vil saken kunne anlegges her hva enten man bygger på erstatningsvernetinget i tvml § 29 eller Luganokonvensjonen art 5 (3). Det må imidlertid også innebære at dersom andre mener å ha lidt et økonomisk tap som følge av tobakksrelaterte personskader, må også disse kunne påberope seg skadesteds verneting.

Som nevnt gjelder verken Luganokonvensjonen art 5 (3) eller tvml § 29 erstatningskrav basert på kontrakt. Når det gjelder Luganokonvensjonens spesielle vernetingsregler, er det på det rene at disse skal gjøres til gjenstand for en snever fortolkning.<sup>1197</sup> Det er imidlertid antatt at søksmål basert på produktansvarsreglene ikke er å anse som kontraktsansvarsregler selv om de kan ha elementer av kontraktsansvar i seg.

Det som særkjenner tobakksrelaterte skader, er at skadene er en følge av mange års bruk eller misbruk av tobakk. Det er derfor vanskelig å fastslå noe bestemt skadetidspunkt. Hvis derfor skadelidte i tillegg er en person som forflytter seg over landegrensene, kan det være vanskelig å bestemme hvor skadestedet er, hva enten man ser på spørsmålet om hvor skaden ble voldt eller hvor skaden oppstod.

<sup>1197</sup>.Se Nielsen s 164 med henvisninger

Når det gjelder krav basert på de økonomiske skadevirkninger for andre enn den skadelidte person, vil det være spørsmål om disse skal anses som selvstendige krav basert på annet erstatningsgrunnlag enn det den direkte skadelidte påberoper seg, eller om kravstilleren anses som inntrådt i kravet (regresskrav).

I den utstrekning saksøker påberoper seg samme ansvarsgrunnlag som den direkte skadelidte er det lite tvilsomt at det må gjelde de samme vernetingsregler for begge. Det innebærer at erstatningsvernetinget er anvendelig. Når det gjelder andre som mener å ha et selvstendig krav basert på mer generelle skadevirkninger forårsaket av tobakksbruk, er imidlertid situasjonen annerledes. Det er på det rene at skadestedsvernetinget i Luganokonvensjonen art 5 (3) ikke er anvendelig for slike erstatningskrav, dersom det er det økonomiske tap i form av økte utgifter for sykehus mv som vil være erstatningskravet. Med andre ord kan sykehuseieren *ikke* med hjemmel i Luganokonvensjonen art 5 (3) saksøke tobakksprodusenten på det sted hvor formuestapet inntreffer, altså der den skadelidte sykehuseieren har sitt forretningssted.<sup>1198</sup>

Det er vanskelig uten videre å lese den samme begrensningen inn i tvml § 29. Schei antar imidlertid, se s 177, at det er naturlig å ta hensyn til praksis fra EFD og Efta-domstolen også i relasjon til vernetingsbestemmelsen i tvml § 29. Det innebærer i så fall at man ikke uten videre kan regne med at det følger av tvml § 29 at saken har verneting der virkningen av kravet er oppstått. Med andre ord må sykehuseieren antagelig regne med at erstatningsvernetinget ikke er anvendelig for så vidt sykehuset krever erstatning for sine ekstrautgifter som følge av behandling av tobakksrelaterte skader. Jeg kjenner ikke til rettspraksis i Norge om dette spørsmålet.

I den utstrekning skadevolderen har formuesgjenstander her i landet, vil denne kunne saksøkes ved *formuesvernetinget*, jfr tvml § 32. Etter denne bestemmelsen kan søksmål reises mot enhver som har en formuesgjenstand her i landet, og det er på det rene etter praksis at en fordring mot et norsk firma kan være tilstrekkelig i denne sammenheng. Det innebærer i praksis at en utenlandsk tobakkprodusent eller –grossist, vil kunne saksøkes i Norge hvis han enten har et varelager her, eller en fordring på den norske grossist eller detaljist.

Tvml § 32 regnes imidlertid som et *eksorbitant* verneting som ikke uten videre kan regne med internasjonal anerkjennelse. I den utstrekning saksøkte er hjemmehørende i et land innenfor Luganokonvensjonens område, er det på det rene at sak ikke kan reises i Norge med hjemmel i tvml § 32, se Luganokonvensjonen art 3 annet ledd. Denne bestemmelsen gjelder imidlertid ikke i forhold til saksøkte bosatt utenfor dette område. I så fall er det de norske interne regler som gjelder. Dersom saksøkte således har hjemsted i USA eller Tyrkia, er tvml § 32 i prinsippet anvendelig. Et annet spørsmål vil imidlertid være om en dom basert på dette vernetinget vil bli anerkjent og eventuelt vil kunne fullbyrdes i saksøktes hjemland. Dette bør undersøkes nøye før man eventuelt velger å gå til søksmål i Norge basert på vernetingsregelen i tvml § 32.

<sup>1198</sup>Se Nielsen s 165 med henvisninger.

### 3 De alminnelige regler om lovvalget i internasjonale erstatningssaker 1199

---

Når det gjelder *handlingsnormene* har det aldri vært tvilsomt at loven på det sted handlingen er foretatt, må finne anvendelse. Norske trafikkregler gjelder i Norge og japanske i Japan.<sup>1200</sup> Dette er kanskje også den sterkeste grunnen til at også spørsmålet om erstatningsplikt utenfor kontraktsforhold etter tradisjonell lære avgjøres etter loven på det stedet der den skadegjørende handling er foretatt (*lex loci delicti* eller *lex loci actus*). Dette er fortsatt hovedregelen ikke bare hos oss (således Gjelsvik s 37), men også i våre naboland (jf. for dansk rett Borum 4. utg., s 167,<sup>1201</sup> for svensk rett Bogdan s 267 med henvisninger).<sup>1202</sup> Dette er en regel som også ellers er alminnelig antatt.

Hos oss har Egge (Lovvalget i erstatningsretten) gått sterkt inn for regelen. Det samme har Thue (Inst. f. privatretts stensilserie nr. 111 (1986) s 18 flg og Cordes og Stenseng s 316 – 318.

Av rettspraksis kan nevnes Rt. 1938 s 691, Rt. 1906 s 165, Rt. 1969 s 1308 og Rt. 1961 s 730.

Den store oppslutningen om regelen *lex loci delicti* skyldes naturligvis at regelen har gode grunner for seg i de fleste tilfeller. Det er et naturlig krav til potensielle skadevoldere at de får innrette sine handlinger etter reglene på det stedet der de oppholder seg, eller det stedet der de handlinger som de har ansvaret for, volder skade. De bør på den annen side ha krav på vern etter stedets regler, når skaden rammer dem selv. Folk som lider skade ved en annens handling, bør ikke bli dårligere stillet om skadevolderen er utlending, men det kan på den annen side heller ikke være grunn til å stille dem gunstigere, dersom skadevolderens personalstatutt skulle ha regler som er fordelaktigere for skadelidte enn *lex loci delicti*.

Det er ikke sagt at alle spørsmål som knytter seg til saken nødvendig må avgjøres etter samme lands rett, se f.eks. RG 1985 s 777 (Eidsivating).

Retten fant at selv om erstatningssaken måtte avgjøres etter *lex loci delicti*, østerriksk rett, måtte spørsmål om foreldelse avgjøres etter norsk rett. Debitor var norsk og hadde alltid bodd i Norge. Ansvar var pådratt under et kortvarig ferieopphold i Østerrike.<sup>1203</sup>

Hovedregelen er imidlertid at *lex loci delicti* gjelder for alle erstatningsrettslige spørsmål.

---

1199. Se til dette Gaarders Innføring i Internasjonal Privatrett v/ Hans Petter Lundgaard, (Universitetsforlaget 2000) s 261 flg.

1200. Når det gjelder produktansvar, som jeg kommer nærmere tilbake til nedenfor, følger det av produktansvarskonvensjonen art 9 at lovvalgsreglene ellers i konvensjonen ikke er til hinder for å ta i betraktning atferds- og sikkerhetskrav som gjelder i den stat hvor produktet ble markedsført.

1201. Men se Nielsen s 596 som mener at den individualiserende metode bør oppfattes som det generelle utgangspunkt i dansk rett, fordi *lex loci delicti* neppe lenger er en i alle henseende tilfredsstillende lovvalgsregel.

1202. Bogdan mener imidlertid at de lege ferenda er det mye som taler for at regelen bør fraviktes dersom så vel skadevolder som skadelidt har sterk tilknytning til et bestemt annet land.

1203. Det er et utslag av samme tankegang som har gjort at Norge har tatt forbehold om at produktansvarskonvensjonen ikke skal gjelde for spørsmål om foreldelse, se Rognlien: Produktansvaret s 384

At handlingsstedets rett er avgjørende, vil ikke bare si at denne rettsatferdsnormer (handlingens rettsstridighet), men også de øvrige ansvarsbetingelser (culpa eller objektivt ansvar, kravene til årsakssammenheng og adekvans, tilregnelighet m.v.), og beregningen av erstatningen avgjøres etter handlingsstedets rett.<sup>1204</sup> Det samme gjelder om ansvar for andre enn den direkte skadevolder. Oppreisning og erstatning for ikke-økonomisk skade bør følge samme regler, men naturligvis med forbehold av *ordre public*.

Reglene om *lex loci delicti* må imidlertid suppleres med den norske internasjonale privatretts «grunnlov», som til vanlig kalles for «*Irma-Mignon-formelen*» og som også har sin plass innenfor erstatningsretten.

Den høyesterettsdom som man pleier nevne som den første manifestasjon av dette prinsipp i norsk rettspraksis, Irma-Mignon dommen, gjaldt erstatningskrav for skade voldt ved sammenstøt mellom to norske fartøyer på britisk territorium. Høyesterett anvendte skipenes felles hjemlandslov (norsk rett) da bare norske interesser var involvert.

Samme synspunkt ble lagt til grunn i «Turbussdommen», Rt. 1957 s 246, som angikk en kollisjon i Sverige mellom en norsk buss og en svensk lastebil. En av passasjerene (norsk) i bussen omkom, og de etterlatte ble tilkjent erstatning hos bussens eier etter norske rettsregler.

Dommen viser for øvrig at det i mange situasjoner kan være vanskelig å skille mellom ansvar i og utenfor kontraktsforhold, se nærmere *Thue* s 3 og *Cordes og Stensengs* 310–312. Avdøde var betalende passasjer i bussen og stod således i kontraktsforhold til busselskapet.

I norsk erstatningsrettslig sammenheng spiller det i slike situasjoner neppe noen rolle om skadelidte er betalende passasjer eller «bare» har fått sitte på. I de land hvor Romkonvensjonen eller tilsvarende konvensjoner er gjeldende, kan den internasjonale privatrettslige situasjon stille seg forskjellig alt etter om man karakteriserer forholdet som kontraktsrettslig- eller erstatningsrettslig.

Det fremgår ikke klart av Turbussdommen om Høyesterett anså forholdet på den ene eller den andre måten. Det var det heller ikke nødvendig å ta standpunkt til så lenge resultatet ble funnet ved hjelp av den individualiserende metode. Den svenske bilens forhold forelå ikke til behandling i den norske saken.

*De lege ferenda* taler meget for å anvende partenes felles hjemlands lov som en generell regel i Norge, i alle fall når det gjelder spørsmål om erstatningsutmåling og eventuelle begrensninger i retten til erstatning. Som *Thue* (s 33) påpeker, vil partene i de fleste tilfeller være aldeles ukjente med erstatningsnivået og praksis for fastsettelse av erstatningen i et fremmed land. «Ved å bruke partenes felles hjemlands lov ved erstatningsutmålingen vil en antakelig komme fram til en erstatning som svarer til partenes forutsetninger».

De reglene som er gjengitt ovenfor, vil være avgjørende dersom ansvarsgrunnlaget for et eventuelt krav mot utenlandske aktører i tobakksbransjen

1204.I en voldgiftssak pådømt våren 1963 av høyesterettsdommer C. E Rode uttalte dommeren at han anså det utvilsomt at *lex loci delicti* kom til anvendelse. De svenske skadelidte, som etter svensk rett kunne kreve erstatning for «sveda och värk», kunne derfor ikke gjøre dette krav gjeldende mot den norske ansvarlige. Saken gjaldt samme ulykke som dommen i Rt. 1961 s 730.

fra sykehuseiere mv, er annet enn produktansvarsreglene. Hovedregelen etter norsk internasjonal privatrett vil da være at de interne rettsregler i det landet der skaden oppstår, skal anvendes. Det innebærer i praksis at for slikt ansvar som det her er tale om; ansvar for utgifter påført eiere av sykehus i Norge og tilsvarende andre som følge av tobakksskader, uavhengig av den individuelt direkte skadelidte, vil norsk rett, skadestedets rett, være avgjørende. Som nevnt ovenfor er denne regelen alminnelig anerkjent i de fleste land, og man bør kunne gå ut fra at den vil bli anvendt også dersom det er nødvendig å gå til søksmål i utlandet ved domstolene der.

#### 4 Produktansvaret

---

Norge har sluttet seg til Haag-konvensjonen om lovvalget ved produktansvar av 2 oktober 1973. Konvensjonen er ved lov gjort til norsk rett ved «Lov om internasjonalprivatrettslige lovvalgsregler ved produktansvar», se nå produktansvarsloven § 1–4.<sup>1205</sup> Unntatt er som nevnt ovenfor i fotnote 9, bare bestemmelsene om foreldelse i konvensjonens art 8 pkt. nr. 9.<sup>1206</sup>

Det kan ikke være tvilsomt at eventuelt ansvar som tilvirker eller andre måtte ha for skade voldt ved bruk av tobakk, som hovedregel vil være produktansvar i den forstand dette menes i lovvalgskonvensjonen.

Etter konvensjonen (art 2) omfatter uttrykket produkt så vel naturprodukter som industriprodukter, hva enten de er ubearbeidet eller tilvirket, løsøre eller fast eiendom. Med skade menes så vel personskade som tingsskade, hva enten det er økonomisk eller ikke-økonomisk tap. Det er mulig for et land å ta forbehold for så vidt gjelder ubearbeidete landbruksprodukter, men Norge har ikke tatt noe slikt forbehold. Det ville for øvrig ikke ha vært særlig praktisk for så vidt gjelder skade voldt ved tobakksbruk.

Det er også på det rene at konvensjonen omfatter ansvar som er en følge av skader som skyldes misvisende beskrivelse av produktet, eller mangel på tilfredsstillende opplysning om «dets kvalitet, egenskaper eller bruksmåte». Konvensjonen omfatter derfor saker som de «klassiske» amerikanske hvor erstatningskravet (bl.a.) er basert på villedende markedsføring når det gjelder sigaretters helsemessige egenskaper.

Det kan etter dette slås fast at loven og dermed konvensjonen gjelder for så vel personskade, som skade i form av økonomisk tap, voldt ved bruk av tobakk.

Ansvarssubjektet etter konvensjonen (art 3) kan være produsenten av naturprodukt, tilvirkeren av et ferdig produkt, samt leverandøren av et produkt. I tillegg kommer andre personer i den kommersielle tilvirknings- eller omsetningskjede av produktet samt deres fullmektiger og ansatte. Unntatt er bare, eventuelt ansvar for den direkte overdrager (selger) av produktet, se art 1 annet ledd. For ansvar basert på salgskontrakt eller lignende, gjelder lovvalgsreglene om kjøp.<sup>1207</sup>

1205.Lov 9. april 1976 nr. 18.

1206.Konvensjonen er behandlet av Stein Rognlien: Produktansvaret Lov, konvensjoner, lovvalg (Juridisk Forlag 1992).

Konvensjonens hovedregel om lovvalget står i art 4. Det er den interne loven i den staten der skaden oppstod som skal anvendes, såfremt denne staten også er

- a) det stedet der den umiddelbart skadelidte har sin bopel, eller
- b) det stedet der den angivelig ansvarlige har sitt hovedforretningssted, eller
- c) det stedet der produktet ble ervervet av den umiddelbart skadelidte.

Det er altså tale om en dobbeltilknytning med utgangspunkt i skadestedets rett (der hvor skaden oppstod).

Utgangspunktet «skadestedets rett» fravikes imidlertid i art 5 for de tilfeller der skadelidte har sin bopel i den staten hvor

- a) den angivelig ansvarlige har sitt hovedforretningssted, eller
- b) det stedet der produktet ble ervervet av den umiddelbart skadelidte.

Det må bemerkes at konvensjonen utelukkende gjelder internasjonale forhold. Har den ansvarlige sitt hovedforretningssted i Norge samtidig som skadelidte har sin bopel her, vil forholdet regelmessig måtte bedømmes etter norske interne regler, i praksis den norske produktansvarsloven.

Dersom ikke noen av de lovene som er nevnt i art 4 og 5 er anvendelige, følger det av art 6 at den loven skal anvendes hvor den angivelig ansvarlige har sitt hovedforretningssted, med mindre kravshaveren baserer sitt krav på den interne loven i den staten der skaden oppstod. Det er altså den som krever erstatning, normalt saksøkeren, som har valget mellom de to aktuelle lovene, dersom art 6 finner anvendelse.

Til slutt følger det av art 7 at hvis den angivelig ansvarlig kan godgjøre at han ikke kunne ha forutsett at produktet eller hans produkter av samme slag ville bli markedsført i vedkommende stat, kommer verken skadestedets lov eller loven i den umiddelbart skadelidtes bopelsstat til anvendelse. I så fall må kravshaveren falle tilbake på regelen i art 5 a. Jeg kan ikke se at denne siste regelen vil ha særlig praktisk betydning i tilfelle av tobakksrelaterte skader.

Jeg bemerker at konvensjonen uttrykkelig viser til den *interne* loven i den aktuelle staten. Det innebærer at den avviser bruk av *renvoi*. Det er heller ikke plass for bruk av Irma-Mignon-formelen i tillegg til eller i stedet for konvensjonens lovvalgsregler.

Ser man på art 4 og 5 i sammenheng, fremgår det klart at hovedregelen vil være at loven i det landet der den direkte skadelidte bor, vil komme til anvendelse i de fleste tilfeller. Det vil være tilfellet dersom produktet også er blitt ervervet der, (art 5 b) eller skaden oppstod der (art 4 a).

Regelmessig vil ikke skadelidtes bopel da skaden oppstod, volde problemer så lenge ikke skadelidte flytter fra en stat til en annen. Gjør han imidlertid det, vil det være spørsmål om skaden oppstod i det øyeblikk de første symptomer oppstod, eller på et senere tidspunkt. Det er på det rene at dette ikke er nærmere presisert i konvensjonen. *Rognlien l.c. s 377* mener at skaden oppstår på det stedet der *den første avgjørende skadevirkning* inntreffer for den

1207. Jeg går ikke inn på disse reglene her. Det er vanskelig å forestille seg at en sykehuseier eller andre skal kunne påberope seg kjøpsrettlige regler som eventuelt ansvarsgrunnlag overfor utenlandsk fabrikant eller produsent. I den utstrekning ansvarskravet er rettet mot bakenforliggende ledd i omsetningskjeden gjelder produktansvarskonvensjonen for lovvalget.

direkte skadelidte. Han mener at ved bruk av piller hvor skaden utvikler seg over tid, må det være bostedsstaten som må være skadestedet selv om han eventuelt både tok sin første pille, og piller innimellom i andre stater, så lenge han for det meste inntok pillene på hjemstedet.

Det samme må etter min mening gjelde for tobakkskader, hvor virkningen først kan melde seg etter mange års bruk. Selv om skadelidte også har brukt tobakk under langvarige opphold i utlandet, men bor her når skadene første gang påvises, vil Norge bli betraktet både som det stedet der han bor når skaden har begynt å utvikle seg og som skadestedet, selv om skaden mer eller mindre tilfeldig blir avdekket under et utenlandsopphold. Vanskeligere vil det kunne være om en som har vært bosatt i Norge i en årrekke og deretter flytter til et annet land slik at han må anses for å være bosatt der når skaden avdekkes, for eksempel pensjonisten som flytter til et land der antall soltimer er flere enn i Norge.

Rognlien mener at man da må legge avgjørende vekt på hvor sykdommen tydelig har begynt å utvikle seg, ikke på hvor skadelidte har inntatt størsteparten og den bestemmende mengde av produktet. Rognlien omtaler spesielt pillebruk, men etter min mening bør det samme gjelde også ved bruk av tobakk. Det innebærer i så fall at dersom symptomene på tobakksmisbruk først avdekkes etter at vedkommende har ervervet fast bopel (domisil) i det nye landet, anses dette ikke bare for å være skadelidtes bopelsland i konvensjonens forstand, men også det landet der skaden anses oppstått.

Er det imidlertid slik at skaden (sykdommen) allerede var avdekket før skadelidte tok bopel i det nye landet, er det åpenbart at Norge i denne relasjon må anses som den staten der skaden oppstod, selv om bopelsstaten senere er blitt et annen. Også i et slikt tilfelle vil imidlertid norsk rett være anvendelig. Det følger av art 4 c at loven i den staten produktet ble ervervet, skal anvendes når dette er den samme som staten der skaden oppstod. Jeg forutsetter da at skadelidte for det meste har kjøpt sin tobakk i Norge.

Avgjørende i alle disse relasjoner er, som det vil fremgå, den umiddelbart skadelidtes tilknytning til den ene eller andre staten. Det fremgår av art 8 i konvensjonen at så vel ansvarsgrunnlag som ansvarsomfang skal avgjøres etter samme lov. Det samme gjelder også for spørsmålet om hvorvidt retten til erstatning kan overdras, samt for spørsmålet om hvem som har rett til erstatning. Det innebærer etter min mening at også spørsmålet om sykehuseiers og forsikringsgivers eventuelle krav på erstatning omfattes av konvensjonen, i den utstrekning ansvarskravet er basert på skade voldt en eller flere umiddelbart skadelidte, men det er den umiddelbart skadelidtes tilknytning som er avgjørende for lovvalget.<sup>1208</sup>

Til slutt nevnes at også denne konvensjonen har inntatt det alminnelige «orde public» – forbeholdet (art 10). Det innebærer at dersom anvendelse av den loven som konvensjonen utpeker, er åpenbart støtende på landets rettsorden, kan loven unnlates anvendt. Dette er en bestemmelse som er en typisk sikkerhetsventil. Den vil neppe få særlig betydning i praksis.

1208. Konvensjonsteksten slik denne er gjengitt i Lovtidende for 1976 vedlegges.



## 5 Søksmål mot tobakksindustrien i USA fra en del latinamerikanske land

---

En rekke av verdens største tobakksselskaper har hjemting i USA. Det vil derfor ikke være unaturlig å saksøke disse i USA, ikke minst fordi det er inngått et nasjonalt forlik i USA mellom 46 av de amerikanske delstatene og de store tobakkselskapene.<sup>1209</sup>

Tobakkselskapene har i nasjonalforliket bl.a. forpliktet seg til å betale en erstatning til delstatene på hele US \$ 206 milliarder for deres utgifter i forbindelse med å behandle helseskader relatert til tobakksrøyking.

Flere tilsvarende erstatningsaker er derfor reist i USA også fra andre land, særlig fra latinamerikanske land. Først i rekken har vært Guatemala og deretter har fulgt bl a Bolivia, Nicaragua, Ukraina og Venezeula. Andre stater og land har planlagt tilsvarende aksjoner i USA, deriblant provinsen Ontario i Canada.

De fleste av disse sakene er blitt samlet i Washinton DC til behandling av den samme dommer, Paul L. Friedman. Han har nylig avsagt sin første kjennelse i saken reist av Guatemala. Den er ikke fordelaktig for saksøkeren. Dommeren avviste saken med den begrunnelse at regjeringen i Guatemala ikke hadde klart å vise at «the Government of Guatemala» hadde lidd noen direkte skade fra handlinger begått av ulike tobakkprodusenter.

Avgjørelsen er ikke til hinder for andre søksmål på annet grunnlag, f.eks. basert på skader voldt enkelte røykere og eventuelt også utgifter som landet har hatt i forbindelse med behandlingen av slike skader. Slike saker var det imidlertid, i følge dommeren, mer naturlig at ble behandlet ved domstolene i Guatemala.

Avgjørelsen vil imidlertid høyst sannsynlig bli påkjært, så siste ord er ikke sagt. Den er imidlertid egnet til å helle kaldt vann i blodet på dem som antar at det vil være enkelt å nå frem med slike krav ved amerikanske domstoler.

## 6 Oppsummering og konklusjon

---

Det vil ha fremgått av det som er uttalt foran, at man må regne med som hovedregel at loven i det landet der den eller de direkte skadelidte bodde da tobakkksskadene gav seg utslag, vil bli anvendt. Dette gjelder både ved behandling i norske domstoler og ved behandling i domstolene i de landene som har tilsvarende lovvalgsregler som Norge.

Dette vil følge av produktansvarskonvensjonen der denne er anvendelig, men vil også gjelde utenfor denne etter prinsippet *lex loci delicti*, idet skadestedet vil bli ansett for å være der skadelidte bodde mens han røykte den tobakk som er den direkte årsak til helseskadene.

I den utstrekning søksmålet er basert på skader voldt en eller flere direkte skadelidte, vil dette kunne anlegges ved norske domstoler også om erstatningskravet er basert på behandlingsutgifter relatert til disse. Er imidlertid søksmålet basert på ansvar for behandlingsutgifter som ikke relateres til de

---

<sup>1209</sup>De resterende fire delstater, Mississippi, Florida, Texas og Minnesota, inngikk egne forlik med tobakksindustrien i forkant av det store nasjonalforliket. Se nærmere om dette i utredningens del II, punkt 9.6.

enkelte skadelidte, er det mer tvilsomt om sak kan og/eller bør anlegges ved norske domstoler så lenge saksøkte ikke har hjemting i Norge.

### *Litteratur*

Bogdan, Michael: Svensk internasjonell privat- og processrätt, 5.uppl., Stockholm 1999

Borum: Lovkonflikter, 6. udg., København 1968

Cordes, Jørg og Laila Stenseng: Hovedlinjer i internasjonal privatrett, Oslo 1999

Egge, Gunder, Lovvalget i erstatningsretten, Norsk Forsikringsjuridisk Forenings Publikasjoner nr 39.

Gjelsvik Nikolaus: Millomfolkeleg privatrett, 2. utg., Oslo 1936

Nielsen Petter Arnt: International privat og procesrett, København 1997

Lundgaard, Hans Petter. 2200

Rognlien Stein: Lugano-konvensjonen, internasjonal domsmyndighet i sivile saker, norsk kommentarer, Schei, Tore: Tvistemålsloven med kommentarer, Bind I og II, 2. utg., 1998

Schei, Tore: Tvistemålsloven med kommentarer, Oslo 1998.

Thue, Helge Johan: Norsk internasjonal obligasjonsrett. Erstatning utenfor kontraktsforhold, Privatrettens stensilserie nr. 111, Oslo 1986.

### *Bilag 1*

#### **Konvensjon om lovvalget ved produktansvar, Haag 2. oktober 1973 <sup>1210</sup>.**

De stater som har undertegnet denne konvensjon; som ønsker å få i stand felles regler om den lov som skal gjelde for produktansvar når saken har internasjonal tilknytning; har besluttet å vedta en konvensjon med dette formål og er blitt enige om følgende bestemmelser:

#### *Artikkel 1*

Denne konvensjon bestemmer hvilken lov som skal gjelde (den anvendelige lov) om ansvaret til de tilvirkere og andre personer som er angitt i artikkel 3 for skade voldt av et produkt, herunder skade som skyldes misvisende beskrivelse av produktet eller mangel på tilfredsstillende opplysning om dets kvalitet, egenskaper eller bruksmåte.

Dersom eiendoms- eller bruksretten til produktet er blitt overført til skadelidte fra den som påstås å være ansvarlig, skal konvensjonen ikke gjelde for disses innbyrdes forhold.

Konvensjonen skal gjelde uten hensyn til saksbehandlende myndighet eller forhandlingenes art.

#### *Artikkel 2*

I denne konvensjon:

a) omfatter uttrykket «produkt» så vel naturprodukter som industriproduk-

1210. Av de land som eksporter tobakk til Norge i noen utstrekning, er konvensjonen bare ratifisert av Frankrike, Nederland og Belgia.

- ter, hva enten de er ubearbeidet eller tilvirket, løsøre eller fast eiendom;
- b) betyr uttrykket «skade» så vel person- og tingskade som økonomisk tap; likevel er skade på produktet selv og det økonomiske tap dette kan medføre utenfor, med mindre det samtidig er voldt annen skade;
  - c) omfatter uttrykket «person» så vel juridisk som fysisk person.

### *Artikkel 3*

Denne konvensjon gjelder følgende personers ansvar:

- 1. tilvirkeren av et ferdig produkt eller av en del av dette;
- 2. produsenten av et naturprodukt;
- 3. leverandørene av et produkt;
- 4. andre personer i den kommersielle tilvirkings- eller omsetningskjede av et produkt, herunder reparatører og innehavere av opplagssteder.

Konvensjonen gjelder også ansvaret til de ovennevnte personers fullmektiger og ansatte.

### *Artikkel 4*

Den anvendelige lov skal være den interne lov i den stat hvor skaden oppsto, såfremt denne stat også er

- a) det sted hvor den umiddelbart skadelidte har sin bopel, eller
- b) det sted hvor den angivelig ansvarlige har sitt hovedforretningested, eller
- c) det sted hvor produktet ble ervervet av den umiddelbart skadelidte.

### *Artikkel 5*

Uten hinder av bestemmelsene i artikkel 4 skal den anvendelige lov være den interne lov i den stat hvor den umiddelbart skadelidte har sin bopel, såfremt denne stat også er

- a) det sted hvor den angivelig ansvarlige har sitt hovedforretningssted, eller
- b) det sted hvor produktet ble ervervet av den umiddelbart skadelidte.

### *Artikkel 6*

Når ingen av de lover som er nevnt i artiklene 4 og 5 får anvendelse, skal den anvendelige lov være den interne lov i den stat hvor den angivelig ansvarlige har sitt hovedforretningssted, med mindre kravshaveren grunner sitt krav på den interne lov i den stat hvor skaden oppsto.

### *Artikkel 7*

Verken skadestedets lov eller loven i den umiddelbart skadelidtes bopelstat kommer til anvendelse etter artiklene 4, 5 og 6 dersom den angivelig ansvarlige godtgjør at han ikke med rimelighet kunne forutsett at produktet eller hans egne produkter av samme slag ville bli markedsført i vedkommende stat.

*Artikkel 8*

Den anvendelige lov etter denne konvensjon skal bl.a. gjelde for følgende spørsmål:

1. ansvarsgrunnlaget og ansvarets omfang;
2. fritaksgrunner, samt mulig begrensning og deling av ansvaret;
3. hva slags skade som kan erstattes;
4. erstatningens form og størrelse;
5. hvorvidt retten til erstatning kan overdras eller arves;
6. hvem som har rett til erstatning
7. oppdragsgivers ansvar for sin fullmektig eller arbeidsgivers ansvar for sine ansatte;
8. bevisbyrden i den utstrekning reglene herom i den anvendelige lov er en del av rettsreglene om erstatningsansvar
9. foreldelse, herunder regler om foreldelsesfristens utgangspunkt, avbrytelse og utsetting.

*Artikkel 9*

Anvendelsen av artiklene 4, 5 og 6 hindrer ikke å ta i betraktning de atferds- og sikkerhetskrav som gjelder i den stat hvor produktet ble markedsført.

*Artikkel 10*

Anvendelsen av en lov som skal gjelde etter denne konvensjon, kan bare unnlates dersom anvendelsen ville virke åpenbart støtende på statens rettsorden (ordre public).

*Artikkel 11*

De foregående artikler skal gis anvendelse uten noe krav om gjensidighet. Konvensjonen skal anvendes selv om den anvendelige lov ikke er loven i en kontraherende stat.

*Artikkel 12*

Består en stat av flere områder som hvert har sine egne lovregler på produktansvarets område, skal hvert område anses som en stat når den anvendelige lov skal fastsettes etter denne konvensjon.

*Artikkel 13*

En stat som består av ulike områder med egne lovregler på produktansvarets område, plikter ikke å anvende denne konvensjon, dersom en stat med et ensartet rettssystem ikke ville ha hatt plikt til å nytte en annen stats lovregler etter artiklene 4 og 5 i konvensjonen.

*Artikkel 14*

Består en kontraherende stat av to eller flere områder med egne lovregler på produktansvarets område, kan staten når den undertegner, ratifiserer, vedtar,

godkjenner eller tiltrer konvensjonen, erklære at denne skal gjelde for alle statens områder eller bare for ett eller flere av dem, og staten kan når som helst deretter endre denne erklæring ved å avgi ny erklæring.

Disse erklæringer skal gis til det nederlandske utenriksdepartement, og skal angi uttrykkelig hvilke områder konvensjonen gjelder for.

#### *Artikkel 15*

Denne konvensjon skal ikke gå foran andre konvensjoner på spesielle områder som de kontraherende stater er eller måtte bli parter i og som inneholder bestemmelser om produktansvar.

#### *Artikkel 16*

En kontraherende stat kan ved undertegning, ratifikasjon, vedtakelse, godkjenning eller tiltreding ta forbehold om:

1. ikke å anvende bestemmelsene i artikkel 8 nr. 9;
2. ikke å anvende denne konvensjon på ubearbeidede landbruksprodukter.

Ingen annen reservasjon er tillatt.

En kontraherende stat kan likeså, når den gir underretning om utviding av konvensjonens virkeområde etter artikkel 19, ta en eller flere av disse reserverasjoner, med virkning for ett eller flere av de områder som er nevnt i utvidingen.

En kontraherende stat kan når som helst trekke tilbake en reservasjon den har tatt; reservasjonen opphører å virke den første dag i den tredje kalendermåned etter underretning om tilbakekallet.

#### *Artikkel 17*

Denne konvensjon er åpen for undertegning av de stater som var medlemmer av Haag-konferansen for Internasjonal Privatrett ved tiden for dens tolvte sesjon.

Den skal ratifiseres, vedtas eller godkjennes, og dokument om ratifikasjon, vedtakelse eller godkjenning skal deponeres i det nederlandske utenriksministerium.

#### *Artikkel 18*

En stat som ikke var medlem av Haag-konferansen for Internasjonal Privatrett ved dens tolvte sesjon, men som er medlem av Konferansen eller av De Forente Nasjoner eller noen av dennes særorganisasjoner eller som er part i Den Internasjonale Domstols vedtekter, kan tiltre denne konvensjon etter at den er trådt i kraft i samsvar med artikkel 20.

Tiltredingsdokumentet skal deponeres i det nederlandske utenriksministerium.

*Artikkel 19*

En stat kan ved undertegning, ratifikasjon, vedtakelse, godkjenning eller tiltrøding erklære at konvensjonen skal gjelde for alle de territorier hvis folkerettslige forbindelser den varetar, eller for ett eller flere av dem. En slik erklæring får virkning fra den dag konvensjonen trer i kraft for vedkommende stat. Senere skal slike erklæringer notifiseres til det nederlandske utenriksministerium.

*Artikkel 20*

Denne konvensjon trer i kraft den første dag i den tredje kalendermåned etter deponeringen av det tredje ratifikasjons-, vedtakelse- eller godkjenningssdokument som nevnt i artikkel 17 annet ledd.

Deretter trer konvensjonen i kraft:

- for hver stat som seinere ratifiserer, vedtar eller godkjenner den, den første dagen i den tredje kalendermåned etter deponeringen av vedkommende stats ratifikasjons-, vedtakelses- eller godkjenningssdokument;
- for hver stat som tiltrer, den første dag i den tredje kalendermåned etter deponeringen av statens tiltrødingssdokument;
- for et territorium som konvensjonen er blitt utvidet til etter artikkel 19, den første dag i den tredje kalendermåned etter notifikasjon som nevnt i nevnte artikkel.

*Artikkel 21*

Denne konvensjon skal gjelde i fem år reknet fra den dag den trådte i kraft etter artikkel 20 første ledd, også for de stater som seinere har ratifisert, vedtatt, godkjent eller tiltrødt konvensjonen.

Konvensjonen fornyes stilltiende for fem år om gangen, dersom den ikke blir sagt opp.

Oppsiing må notifiseres til det nederlandske utenriksministerium seinest 6 måneder før utløpet av femårsperioden. Oppsiingen kan begrenses til enkelte av de territorier som konvensjonen gjelder for.

Oppsiing får virkning bare i forhold til den stat som sier opp. Konvensjonen forblir i kraft mellom de øvrige kontraherende stater.

*Artikkel 22*

Det nederlandske utenriksministerium skal underrette de stater som er medlemmer av Haag-konferansen og de stater som har tiltrødt konvensjonen etter artikkel 18, om følgende:

1. undertegninger, ratifikasjoner, vedtakelser og godkjenninger som nevnt i artikkel 17;
2. dagen for konvensjonens ikrafttredelse i samsvar med artikkel 20;
3. tiltrødingar som nevnt i artikkel 18 og de dagene som de får virkning fra;
4. utvidingar som nevnt i artikkel 19 og dagene som de får virkning fra;
5. reservasjonar og erklæringer som nevnt i artiklene 14, 16 og 19
6. oppsiingar som nevnt i artikkel 21.

Til bekreftelse herav

har de undertegnede med behørig fullmakt undertegnet denne konvensjon.

Utferdiget i Haag den 2. oktober 1973 på det engelske og franske språk som begge

er like autentiske, i ett eneste eksemplar som deponeres i den nederlandske regjeringsarkiv, Og hvorav en bekreftet gjenpart skal sendes på diplomatisk veg til enhver stat som var representert på den 12. samling av Haag-konferansen for Internasjonal Privatrett.

---

---

