



**Hvilke krav stilles til informasjon, samtykke og medvirkning som ledd i å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp?**

*av*

***Lene Heitmann Rasch***

*Liten masteroppgave i rettsvitenskap  
ved Universitetet i Tromsø  
Det juridiske fakultet  
Våren 2011*

*”Sykdom leges ikke av leger, men av legers hjelp.  
Helbredelsen skjer i pasientens kropp og med pasientens medvirkning.”*

Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 64

# Innholdsfortegnelse

1. Innledning .....	5
1.1 Presentasjon av problemstillingen .....	5
1.2 Definisjoner og avgrensninger .....	6
1.3 Rettskilder og metode .....	7
2. Kravet om forsvarlighet .....	9
2.1 Generelt om forsvarlighetskravet .....	9
2.2 Sammenhengen mellom forsvarlighet, informasjon, samtykke og medvirkning.....	10
3. Krav til forsvarlig informasjon .....	12
3.1 Hvem som har plikt til å informere .....	12
3.1.1 Situasjoner med et helsepersonell .....	12
3.1.2 Ansvar for å informere når helsehjelpen blir utført av andre .....	12
3.1.3 Ansvar for å informere når helsehjelp gis av flere samtidig .....	13
3.1.4 Helsepersonellens plikt til å svare på pasientens spørsmål .....	14
3.1.5 Adgang til å delegerer informasjonsplikten .....	15
3.1.6 Ansvar for informasjon i helseinstitusjoner .....	15
3.2 Når informasjonen skal gis .....	17
3.3 Hva er ”forsvarlig informasjon”? .....	17
3.3.1 Tema for informasjonen .....	17
3.3.2 Hvor omfattende informasjonen skal være .....	20
3.3.3 Informasjonens form .....	24
3.3.4 Kontroll av hva pasienten har forstått .....	26
4. Krav til samtykke .....	28
4.1 Tema for samtykke .....	28
4.2 Samtykkets form .....	29
4.3 Grenser for pasientens samtykke .....	31
4.3.1 Helsepersonells grenser innenfor et avgitt samtykke .....	31

4.3.2	Når pasienten ikke vil samtykke til helsehjelp .....	33
4.3.3	Tilbaketrekking av samtykke .....	36
5.	Krav til medvirkning .....	38
5.1	Tema for medvirkningen .....	38
5.2	Graden av medvirkning .....	39
6.	Oppsummering .....	41
7.	Kildeliste .....	42

# 1. Innledning

## 1.1 Presentasjon av problemstillingen

En pasient møter på sykehuset for å gjennomgå en omfattende operasjon i mage og tarm. Han er motivert av utsikten til å bli kvitt helseplagene sine, men gruer seg og har mange spørsmål i forbindelse med operasjonen og tiden etterpå. En annen pasient møter i en gymsal for å ta en vaksine mot pandemisk influensa. Han har blitt bekymret av å lese flere kritiske artikler om denne vaksinen, og er interessert i å vite mest mulig om potensielle bivirkninger før han sier ja til den. En tredje pasient møter hos fastlegen sin for å diskutere behandlingsmuligheter for diabetes type 2. Han har hørt at både fedmeoperasjon, medisiner og omlegging av kosthold og livsstil kan være virksomt, og har klare meninger om hva han er innstilt på å prøve.

I alle disse situasjonene er det tre temaer som står sentralt. Det er pasientens behov for informasjon, hans behov for å velge selv om han ønsker å ta i mot tilbudt helsehjelp og behov for å være med å avgjøre hvilken type helsehjelp han vil ta i mot.

Pasientens rett til informasjon er regulert i pasientrettighetsloven (heretter kalt prl) §§ 3-2 og 3-5.<sup>1</sup> Helsepersonell har en korresponderende plikt til å informere, som er nedfelt i helsepersonelloven (heretter kalt hpl) § 10.<sup>2</sup> De viktigste reglene om pasientens rett til å samtykke er gitt i prl §§ 4-1 og 4-2, og hovedregelen om medvirkning står i prl § 3-1.

Informasjon, samtykke og medvirkning henger tett sammen, samtidig som de har selvstendig betydning. Informasjonen som blir gitt pasienten har en egenverdi, men den får ingen funksjon med mindre den gir seg utslag i noe. Informasjonen skal være tilstrekkelig omfattende til at pasienten kan nyttiggjøre seg opplysningene. Motsatt får pasientens rett til å samtykke og medvirke ingen realitet dersom han ikke har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Pasienten må vite på forhånd hva han takker ja eller nei til. Dersom det finnes flere måter å gjennomføre helsehjelpen på, må pasienten ha tilstrekkelig informasjon om alle metodene slik at han kan velge den han foretrekker. Samtidig har pasientens rett til å samtykke og medvirke til helsehjelpen en verdi i at den sikrer pasienten helsehjelp som han er inneforstått med, og i de fleste tilfeller er mer motivert til å gjennomføre enn dersom helsepersonell hadde besluttet den over hodet på han.

---

<sup>1</sup> Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr 63

<sup>2</sup> Lov om helsepersonell mv 2. juli 1999 nr 64

Forsvarlighet står sentralt i all helsevirksomhet. Også informasjonen helsepersonellet gir, og helsepersonellens respons på det pasienten uttrykker, er omfattet av kravet om forsvarlighet. Hensikten med pasientens rettigheter er å sette han i stand til å ta informerte beslutninger på egne vegne, som ledd i å sikre han forsvarlig helsehjelp. Dette stiller krav både til informasjonen som gis, hvordan et samtykke og ønske om medvirkning blir tolket av helsepersonellet og hvilke grenser det setter for helsepersonellet.

Problemstillingen for avhandlingen er dermed: **Hvilke krav stilles til informasjon, samtykke og medvirkning som ledd i å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp?**

## 1.2 Definisjoner og avgrensninger

I oppgaven brukes begrepet ”pasient” i betydningen en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.<sup>3</sup> ”Helsetjenesten” dekker primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.<sup>4</sup> Begrepet ”helsehjelp” er omfattende, og dekker handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.<sup>5</sup> Dette innebærer at helsehjelp pasienten selv eller pårørende utfører, ikke går inn under definisjonen. ”Helsepersonell” er personer som har autorisasjon eller lisens etter hpl §§ 48 eller 49, samt personell i helsetjenesten eller i apotek, og elever og studenter i forbindelse med helsefaglig opplæring, som utfører enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål.<sup>6</sup> ”Helseinstitusjon” er institusjon som hører inn under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten.<sup>7</sup>

Oppgaven vil konsentrere seg om å beskrive innholdet i hovedreglene for informasjon, samtykke og medvirkning. Jeg behandler den ”normale” situasjon, der en myndig og samtykkekompetent pasient møter til planlagt helsehjelp. Jeg vil ikke komme inn på problematikk med nødrettssituasjoner som kan åpne for å holde tilbake informasjon jf prl § 3-2 tredje ledd, ei heller nødrettssituasjoner generelt jf hpl § 7 eller situasjoner som har

---

<sup>3</sup> Legaldefinisjon ”pasient” prl § 1-3 bokstav a

<sup>4</sup> Legaldefinisjon ”helsetjenesten” prl § 1-3 bokstav d

<sup>5</sup> Legaldefinisjon ”helsehjelp” prl § 1-3 bokstav c

<sup>6</sup> Legaldefinisjon ”helsepersonell” i hpl § 3 første ledd

<sup>7</sup> Legaldefinisjon ”helseinstitusjon” i hpl § 3 fjerde ledd

lovhjemmel for bruk av tvang. Også informasjon til pårørende lar avhandlingen ligge. Ettersom oppgaven dreier seg om krav for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp, avgrenser jeg mot etterfølgende informasjon som ikke er knyttet til en umiddelbar helsehjelpssituasjon. Informasjon og innsyn i pasientjournal vil heller ikke bli behandlet.

### 1.3 Rettskilder og metode

Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven er de viktigste rettskildene på det aktuelle området. Lovteksten på lovomfattet område har i utgangspunktet stor vekt. Disse lovene er ganske nye og har et omfattende utredningsarbeid bak seg. Asbjørn Kjønstad skriver: ”Disse lovene er systematisk oppbygd, og ord og uttrykk er som regel valgt med omhu.”<sup>8</sup> Det er grunn til å tro at ordlyden i bestemmelsene oppgaven berører har vært gjenstand for grundig overveielse. Lovteksten får dermed stor vekt.

Både helsepersonelloven og pasientrettighetsloven har grundige forarbeider bak seg. Lovene ble laget i samme tidsperiode, og er parallelle lovgiverarbeid av det samme departementet.<sup>9</sup> Lovene har en fragmentarisk karakter, dels ved at de i noen grad speiler hverandre, og dels ved at de utfyller hverandre. Både lovteksten og odelstingsproposisjonene viser til hverandre. Dette medfører at der lovene behandler samme tema, kan forarbeidene brukes til å utfylle hverandre. Kjønstad skriver: ”Man må skille mellom det å bruke lovforarbeider til å presisere ord og uttrykk som finnes i lovens tekst, og det å bruke lovforarbeider til å innskrenke rettigheter som framgår av lovteksten.”<sup>10</sup> Han skriver videre at det er betenkelig å legge vekt på vidtrekkende uttalelser som ikke kan forankres i lovteksten, særlig når det gjelder innskrenkende tolkning. Jeg har i stor grad brukt odelstingsproposisjonene for å tolke og presisere bestemmelsene jeg har brukt. Ettersom disse er forholdsvis nye og grundig gjennomført, er det grunn til å tro at teksten er gjennomtenkt. Jeg har vært bevisst på å tolke forarbeidene i samsvar med lovtekstens ordlyd, og ikke bruke den til å innskrenke pasienters rettigheter. Derfor har jeg lagt stor vekt på forarbeidene for å tolke lovteksten.

Det finnes ikke mye rettspraksis som omhandler pasienters rett til informasjon, samtykke og medvirkning. De fleste dommene angående pasientskader dreier seg om årsakssammenheng

---

<sup>8</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, 2. utgave, Oslo 2007 side 59

<sup>9</sup> Sosial- og helsedepartementet

<sup>10</sup> Kjønstad side 169

eller hvorvidt det i konkrete tilfeller er gitt tilstrekkelig informasjon. Jeg har brukt en Høyesterettsdom i noen av drøftelsene. Denne er forholdsvis ny, og er avsagt etter at pasientrettighetsloven trådte i kraft. Rettspraksis er en tungtveiende rettskilde, så dommen har fått ganske stor vekt på sitt område.

I tillegg har jeg brukt et vedtak fra Pasientskadenemnda (heretter kalt PSN). PSN er et forvaltningsorgan som behandler klager over enkeltvedtak i Norsk Pasientskadeerstatning.<sup>11</sup> Disse vedtakene er begrunnet, og ved dissens begrunner både flertallet og mindretallet sitt syn. Vedtakene er ikke bindende for pasienten dersom han reiser søksmål innen seks måneder etter at PSNs vedtak er meddelt vedkommende. Dette gjør at vedtak fra PSN ikke kan få stor vekt i bedømmelsen. For å løse spørsmål som ikke har vært behandlet i rettspraksis, og fordi vedtakene er begrunnet, vil jeg likevel legge noe vekt på vedtakene.

Jeg har lest mye juridisk litteratur og flere juridiske artikler. Disse har jeg i liten grad vist til, fordi de ikke i stor grad har behandlet spørsmålene jeg tar opp. Der forfatterne har skrevet noe som berører spørsmålene mine, har jeg lagt noe vekt på deres tolkning.

Av reelle hensyn har jeg lagt vekt på formålsbestemmelsene til helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helsetjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjeneste.<sup>12</sup> Pasientrettighetsloven skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste, og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Lov om erstatning ved pasientskader mv (pasientskadeloven) 15. juni 2001 nr. 53

<sup>12</sup> Hpl § 1

<sup>13</sup> Prl § 1-1 andre setning



## 2. Kravet om forsvarlighet

### 2.1 Generelt om forsvarlighetskravet

Helsepersonelloven § 4 første og annet ledd lyder:

*”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.”*

Kravet til forsvarlighet er en minstestandard som skal sikre at helsepersonellet utfører sin tjeneste med en faglig standard som kjennetegnes av høy kvalitet og profesjonell yrkesutøvelse. For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet en plikt til å opptre i samsvar med faglige normer og lovbestemte krav for yrkesutøvelsen.<sup>14</sup>

Forsvarlighetskravet har en nokså vidt anvendelsesområde. Bestemmelsen innebærer at forsvarlighetskravet knyttes til hva som kan forventes på bakgrunn av det enkelte helsepersonells kvalifikasjoner. Blant hovedelementene i kravet er at helsepersonell som utgangspunkt ikke skal gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere. De må respektere sine faglige begrensninger. Hvis først helsepersonell iverksetter helsehjelp, og det i seg selv ikke er uforsvarlig, vil kravet til hva som er forsvarlig omfang av og kvalitet på det som ytes, avhenge av en rekke omstendigheter. Helsepersonellens kompetanse, ressurser, tid, utstyr og mulige hjelpere vil være viktige faktorer for å avgjøre om forsvarlighetskravet er oppfylt. Andre utslag av kravet er en plikt til faglig ajourhold. Dessuten omfattes helsepersonellens adferd i tjenesten i sin alminnelighet. De plikter blant annet å oppføre seg hensynsfullt og ordentlig overfor pasientene.<sup>15</sup>

Alt som er nevnt i avsnittet over spiller inn i bedømmelsen av helsepersonellens virksomhet. All helsehjelp skal være begrunnet i hensynet til pasientens beste, og de kan kun tilby helsehjelp som er forsvarlig. Kravet innebærer en minstestandard, noe som vil si at pasienten kan motta helsehjelp som er dårligere enn optimalt, uten at det er uforsvarlig.

---

<sup>14</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 37

<sup>15</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 37-38

Forsvarlighetskravet åpner dermed for å tilby flere typer helsehjelp for å avhjelpe samme problem, som har forskjellige fremgangsmåter, grad av påtrengenhets og forventet effekt.

## **2.2 Sammenhengen mellom forsvarlighet, informasjon, samtykke og medvirkning**

Hvordan henger kravene til forsvarlig behandling, informasjon, samtykke og medvirkning rettslig sammen?

Pasientrettighetsloven § 3-2 første ledd sier at pasienten har rett til informasjon:

*”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.”*

Kommentaren til denne bestemmelsen sier:

*”Kvalitetskravene som stilles [til informasjonen] skal tilfredsstillende kravet om informert samtykke i § 4-1, og kravet til forsvarlig behandling i ny helsepersonellov. Informasjonen må videre være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, herunder medvirke ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ.”<sup>16</sup>*

Kommentaren slår fast flere sentrale poenger. For det første er kvaliteten på informasjonen helsepersonellet gir, underlagt kravet om forsvarlighet. Helsepersonell kan ikke informere om ting de ikke er kvalifisert til, men må holde seg innenfor sitt fagområde og innenfor sine faglige kvalifikasjoner. Dette er sentralt for at pasienten skal få et riktig bilde av sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og dermed sikres helsehjelp som er forsvarlig. Det er stor forskjell på hva for eksempel en tannpleier og en audiograf er kvalifisert til å informere om. Informasjonen skal også holde en faglig kvalitet over minstestandarden.

For det andre skal informasjonen tilfredsstillende kravene som stilles til et informert samtykke.

Pasientrettighetsloven § 4-1 første ledd lyder:

*”Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.”*

---

<sup>16</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

Lovbestemmelsen sier klart at nødvendig informasjon er et vilkår for at samtykke skal være gyldig. Forarbeidene til prl § 4-1 viser til § 3-2 for å avklare hvor mye informasjon som er nok for å kunne avgi et informert samtykke.<sup>17</sup> Informasjon og samtykke henger herav tett sammen.

At det må avgis et gyldig samtykke fra pasienten før helsepersonellet kan gi helsehjelpen, innebærer at helsehjelpen er betinget av et informert samtykke. Dette betyr at samtykke er et ledd i prosessen med å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.

For det tredje sier kommentaren til § 3-2 at informasjonen skal være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning. Pasientrettighetsloven § 3-1 første ledd lyder:

*"Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon."*

Bestemmelsen viser til evnen til å gi og motta informasjon som ledd i å kunne medvirke. Det er informasjonen helsepersonellet gir som danner bakgrunn for at pasienten skal kunne medvirke. Kommentaren til § 3-1 sier at retten til å medvirke øker kravene til informasjon fra det behandelende helsepersonellet.<sup>18</sup> Informasjon og medvirkning henger også tett sammen.

Retten til å medvirke er utslag av et syn om at mennesker har en grunnleggende rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen helse. Det er ønskelig at pasienten får medvirke på flere måter, blant annet i valget av type helsehjelp og måten den skal gjennomføres på. Medvirkning gjør at flere pasienter får helsehjelp som er tilpasset deres situasjon og behov. Et eksempel er en pasient som ønsker å starte behandlingen av diabetes type 2 med vektreduksjon gjennom livsstilsendringer og medisiner til blodsukkeret har stabilisert seg. Legen anbefaler fedmeoperasjon. Dersom pasienten ikke hadde hatt rett til å medvirke, ville han enten måttet samtykke til behandling han ikke ønsket, eller han måtte takke nei til behandling. En del av forsvarligheten ligger i at det er pasienten selv som skal få ta valget om

---

<sup>17</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>18</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 128

han vil ha helsehjelp og, der det finnes reelle valgmuligheter, *hvilken* helsehjelp han vil ha. Dermed er medvirkning er en del av prosessen med å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.

### **3. Krav til forsvarlig informasjon**

#### **3.1 Hvem som har plikt til å informere**

##### **3.1.1 Situasjoner med ett helsepersonell**

Helsepersonelloven § 10 første ledd første punktum sier: ”Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til 3-4.” ”Den” som yter helsehjelp kan kun være helsepersonell.<sup>19</sup> Det er helsepersonellet som ”yter” helsehjelp, som skal gi informasjon til den som har krav på det. Etter ordlyden betyr ”yter” den som i det konkrete tilfellet utfører helsehjelp. En person som er kvalifisert til å gi en bestemt type helsehjelp, er også kvalifisert til å informere om denne typen helsehjelp. I en situasjon med et enkelt helsepersonell er det ingen tvil om at behandlende personell skal informere. Det er også naturlig i en behandlingssituasjon at den som gir helsehjelp, informerer pasienten på forhånd om hva hun har tenkt å gjøre, og etter behov underveis. Eksempler på slike situasjoner kan være en sykepleier som skifter en bandasje eller en lege som fjerner en føflekk.

##### **3.1.2 Ansvar for å informere når helsehjelpen blir utført av andre**

En pasient opplever ofte at helsepersonell baserer seg på undersøkelser som er gjort av andre. Det hender ofte at en lege bestiller prøvetaking av en pasient, og prøvene blir tatt av eksempelvis en sykepleier eller en bioingeniør. Hvem har ansvaret i forskjellige situasjoner for at pasienten får forsvarlig informasjon om de typer helsehjelp som ytes?

I kommentaren til hpl § 10 står det at plikten til å gi informasjon er begrenset til eget fagområde, der helsepersonellet ut fra sin faglige kompetanse er i stand til å bedømme innholdet i den informasjonen som gis.<sup>20</sup> Det betyr at helsepersonell kun skal gi informasjon om ting vedkommende er kvalifisert til. Dette kommer også som et naturlig uttrykk av kravet til forsvarlighet. Det er dermed den som er ansvarlig for at helsehjelpen blir iverksatt som skal informere. Det ligger innenfor legens kompetanseområde å vurdere behovet for prøver. Når

---

<sup>19</sup> Legaldefinisjon på ”helsepersonell” i hpl § 3

<sup>20</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221

legen har informert pasienten om de forskjellige prøvene som bør tas, skal ikke bioingeniøren eller sykepleieren forklare hensikten med prøvene på nytt. Å vurdere en pasients behov for prøver ligger utenfor en bioingeniørs eller sykepleiers kompetanseområde, og det ville ikke vært forsvarlig at prøvetakerne skulle informere om dette. Prøvetakerne må imidlertid informere pasienten om hvordan han skal forholde seg i den konkrete situasjonen mens hun tar prøvene, ettersom det er deres eget fagområde.

### **3.1.3 Ansvar for å informere når helsehjelp gis av flere samtidig**

Noen ganger har pasienten behov for mer sammensatt helsehjelp, som involverer flere grupper helsepersonell på samme tid. Som et hovedeksempel kan vi bruke en pasient som skal gjennomgå en omfattende planlagt operasjon i mage og tarm. Før operasjonen starter vil han møte mange helsepersonell fra flere grupper, som kommer til å yte helsehjelp på forskjellige måter. Det vil fort kunne bli forvirrende for pasienten dersom alle som er inne på operasjonssalen skal informere om sine fagområder. Hvem har ansvaret for å informere når flere helsepersonell virker sammen om helsehjelpen?

Kommentaren til § 3-2 i forarbeidene til pasientrettighetsloven sier at det er det helsepersonellet som har det faglige ansvaret for helsehjelpen, som har plikt til å informere pasienten.<sup>21</sup> ”Faglig ansvar” kan tolkes på to måter. Enten som en som er overordnet ansvarlig for et fagområde, eller som den som er ansvarlig på et fagområde for angjeldende pasient. Sammenhengen i forarbeidene gjør at man må forstå uttrykket på sistnevnte måte. Forarbeidene til pasientrettighetsloven sier videre at dersom pasienten har sammensatte helseproblemer og behov for flere typer helsehjelp samtidig, kan det være flere som er ansvarlige.<sup>22</sup> Der det er flere som gir helsehjelp, er det den som er ansvarlig for det enkelte fagområde som skal gi informasjonen.<sup>23</sup> Sykepleiere, anestesipersonell, kirurger og assistentleger har hver sine oppgaver under operasjonen. Anestesilegen er for eksempel faglig ansvarlig for anestesidelen av operasjonen. Dermed har hun ansvaret for at pasienten får forsvarlig informasjon før inngrepet, uavhengig av om det er anestesilegen selv eller en anesthesisykepleier som utfører helsehjelpen. Tilsvarende gjelder at den som er faglig ansvarlig for andre fagområder, har ansvaret for at forsvarlig informasjon blir gitt på disse områdene.

---

<sup>21</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

<sup>22</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

<sup>23</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221

### 3.1.4 Helsepersonellets plikt til å svare på pasientens spørsmål

Noen ganger har pasienten fått informasjon fra den som er ansvarlig, men får behov for mer informasjon når han har tenkt seg om. For eksempel har kirurgen i hovedeksempelet over informert pasienten dagen før operasjonen, men når kvelden kommer har pasienten formulert flere spørsmål som han stiller til hjelpepleieren som jevnlig er inne på rommet. Hvordan skal helsepersonellet forholde seg i slike situasjoner?

Utgangspunktet er prl § 3-2 første ledd om at pasienten har rett til den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dersom pasienten har spørsmål angående dette, har han ikke oppnådd tilstrekkelig innsikt. I forarbeidene til denne bestemmelsen utdypes plikten til å gi informasjon: *”Det helsepersonell som er i kontakt med pasienten vil alltid ha en alminnelig plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål.”*<sup>24</sup> Plikten til å svare på spørsmål kan ses på som et uttrykk for kravet til å gi forsvarlig informasjon og kravet til å gi omsorgsfull hjelp, jf hpl § 4 første ledd. Setningen må imidlertid ses i sammenheng med at plikten til å gi informasjon er begrenset til eget fagområde, der helsepersonellet ut fra sin faglige kompetanse er i stand til å bedømme innholdet i den informasjonen som gis.<sup>25</sup> Sitatet må derfor forstås slik at helsepersonellet kun skal svare på pasientens spørsmål så langt kompetansen strekker seg.

Hpl § 4 annet ledd første punktum sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og må innhente bistand der dette er nødvendig og mulig. Dette innebærer at dersom pasienten lurer på noe som ligger utenfor helsepersonellets kvalifikasjoner, tilsier kravet til forsvarlig informasjon at helsepersonellet formidler kontakt med noen som er kompetent til å svare. Pasienten kan ikke avgi et gyldig samtykke til helsehjelp før han har fått informasjonen han mangler, og operasjonen kan ikke gjennomføres før han har avgitt et gyldig samtykke. Det vil derfor være nødvendig og i samsvar med kravet til forsvarlighet at hjelpepleieren formidler kontakt med noen som er kvalifisert til å svare på pasientens spørsmål.

---

<sup>24</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

<sup>25</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221

### 3.1.5 Adgang til å delegere informasjonsplikten

Det er ikke alltid at helsepersonellet som skal gjennomføre helsehjelpen har anledning til å informere pasienten selv. Åpner kravet til forsvarlig informasjon for at andre kan informere, og hvem kan plikten i så fall delegeres til?

Forarbeidene til prl § 3-2 sier at ”*Det er ingenting i veien for at den som yter helsehjelp gir andre i oppdrag å gi pasienten eller den pårørende informasjon, eller at annet helsepersonell gir informasjon.*”<sup>26</sup> Det er altså i utgangspunktet uproblematisk å delegere informasjonsansvaret. For at informasjonen som blir gitt av andre enn behandlende helsepersonell skal være forsvarlig, må informasjonen ligge innenfor helsepersonellens kompetanseområde.<sup>27</sup> Pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand, så helsepersonellet må i tillegg være i stand til å individualisere informasjonen overfor pasienten, på samme måte som behandlende helsepersonell gjør.

Dette innebærer at for eksempel andre leger kan informere om behandlingen den faglig ansvarlige legen utfører. Dersom kirurgen i hovedeksempelet ikke har anledning til å informere pasienten selv, er det fullt forsvarlig at andre gir informasjonen. En annen kirurg kan informere, dersom denne er tilsvarende kvalifisert. Annet helsepersonell kan også informere, men bare innenfor sine fagområder. Dersom pasienten for eksempel har spørsmål om nødvendigheten av operasjonen, kan en lege informere. Dersom han spør om anestesi, kan en anestesilege svare. En anestesisykepleier kan også tilfredsstille pasientens krav på informasjon, dersom spørsmålene ligger innenfor hennes kompetanseområde. Dersom pasientens bekymringer dreier seg om pleie og omsorg etter operasjonen, kan det være tilstrekkelig at en sykepleier eller hjelpepleier informerer.

### 3.1.6 Ansvar for informasjon i helseinstitusjoner

I helseinstitusjoner kan det være mange som har faglig ansvar for å informere pasienten om sine fagområder. Dette kan oppfattes som forvirrende for pasienten. Hvordan skal informasjonsansvaret fordeles når mange har informasjonsplikt?

Helsepersonelloven § 10 første ledd annet punktum sier at informasjonen skal gis av den som helseinstitusjonen utpeker. I kommentaren til hpl § 10 står det:

---

<sup>26</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

<sup>27</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221

*”I helseinstitusjoner (...) skal det utpekes en person som skal gi den nødvendige informasjon til den enkelte pasient. Virksomheten må vurdere konkret hvordan dette best kan gjennomføres ut i fra interne organisasjonsforhold o l. Denne personen må foreta en samordning samt en viss styring med hva slags informasjon pasienten får.”<sup>28</sup>*

Forarbeidene til pasientrettighetsloven understreker at det er opp til den enkelte helseinstitusjon å utarbeide rutiner eller retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal overholdes. Det står videre at arbeidsgiver har ansvaret for å sikre adekvate informasjonsrutiner i helseinstitusjoner.<sup>29</sup> Dette må forstås slik at virksomheten har et tydelig og konkret ansvar for å organisere seg slik at pasienten får all den informasjonen han har krav på, på en oversiktlig måte. Personen som blir informasjonsansvarlig for den enkelte pasient er delvis ansvarlig for å informere selv, og delvis ansvarlig for å se til at andre informerer om det de har plikt til å informere om. Den informasjonsansvarlige kan naturligvis kun informere selv om det som ligger innenfor hennes kompetanseområde.<sup>30</sup>

I kommentaren til § 10 står det om plikten den som yter helsehjelp har til å gi informasjon innenfor sitt fagområde: *”Dersom informasjonen blir gitt av annet helsepersonell (f.eks der virksomheten har faste rutiner eller instruksjoner for hvem som skal gi informasjon), faller plikten bort.”<sup>31</sup>* Vanligvis er det den som er i en konkret helsehjelpssituasjon eller har faglig ansvar for en type helsehjelp, som har plikt til å informere. Dette sitatet opphever informasjonsplikten for disse, så fremt informasjonen blir gitt av annet kvalifisert helsepersonell.

Det er viktig å merke seg at plikten kun bortfaller dersom informasjonen faktisk blir gitt av andre. Forarbeidene til pasientrettighetsloven sier at det er den som yter helsehjelpen som har ansvaret for at pasienten faktisk får informasjon og at informasjonen tilfredsstiller de kravene som oppstilles i loven.<sup>32</sup> Hvis pasienten ikke har fått forsvarlig informasjon av informasjonsansvarlig eller den hun utpeker, har helsepersonell som yter helsehjelp eller den som er faglig ansvarlig for et fagområde fortsatt plikt til å informere. I hovedeksempelet har kirurgen ansvaret for det endelige resultatet av operasjonen. I situasjoner der flere

---

<sup>28</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221

<sup>29</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

<sup>30</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221

<sup>31</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221

<sup>32</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129



helsepersonell gir helsehjelp samtidig, vil den som er faglig ansvarlig for et område fortsatt være ansvarlig for å se til at informasjonen blir gitt, selv om hun ikke har plikt til å informere selv. Dersom kirurgen har informert pasienten, bortfaller plikten for de andre faglige ansvarlige.

### **3.2 Når informasjonen skal gis**

Verken helsepersonelloven eller pasientrettighetsloven sier noe direkte om når informasjonen til pasienten skal gis. Ettersom hensikten med informasjonen er å sette pasienten i stand til å samtykke og medvirke til helsehjelpen, er det sikker forståelse at informasjonen må gis på forhånd. Kommentarene i forarbeidene til prl § 3-2 og hpl § 10 ramser opp at pasienten skal ha informasjon om den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes.<sup>33 34</sup> Bruken av begrepet ”tilbys eller ytes” må forstås slik at informasjonen skal gis på forhånd før pasienten har samtykket og etter behov idet hjelpen blir ytet. I forarbeidene til pasientrettighetsloven står det: ”Informasjonen skal såvidt det er mulig gis fortløpende”.<sup>35</sup> I forarbeidene til pasientrettighetsloven står det videre at ”Like viktig er informasjon underveis og etter gjennomført helsehjelp.”<sup>36</sup> Det er naturlig at pasienten får informasjon etter helsehjelpen, for å vite om det gikk som planlagt. Informasjonsplikt om skader som følge av helsehjelpen er knyttet til helsehjelpssituasjonen eller i umiddelbar ettertid.<sup>37</sup>

### **3.3 Hva er ”forsvarlig informasjon”?**

#### **3.3.1 Tema for informasjonen**

Helsepersonell er pålagt å gi pasienten informasjon. Hvilke ting skal pasienten motta informasjon om?

Helsepersonelloven § 10 stiller opp et krav om at helsepersonell skal gi informasjon etter reglene i prl §§ 3-2 til 3-4. Bestemmelsen sier ikke selv noe nærmere om hva pasienten skal ha informasjon om. Pasientrettighetsloven § 3-2 første ledd første punktum sier at pasienten

---

<sup>33</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

<sup>34</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221

<sup>35</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 70

<sup>36</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 71

<sup>37</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 222

skal ha informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Hva innebærer disse begrepene?

”Sin” helsetilstand fastslår at informasjonen pasienten får, skal individualiseres. Pasienten trenger ikke allmenninformasjon, men skal ha informasjon om det som er relevant for ham ved en medisinsk tilstand, sykdom eller skade. Henriette Sinding Aasen skriver at pasienten må få informasjon som er meningsfull for akkurat henne, ”fra å være abstrakt og intetsigende til å bli konkret og meningsfull, tilpasset den enkelte pasients situasjon og behov.”<sup>38</sup>

Det første pasienten skal ha informasjon om, er sin helsetilstand. Forarbeidene til helsepersonelloven sier at:

*”Krav om informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand tar i hovedsak sikte på opplæring og veiledning av pasienten for egenomsorg. Plikten gjelder i det omfang som er nødvendig for at pasienten kan gjøres i stand til å foreta nødvendige observasjoner, nødvendig behandling og annen oppfølging av en tilstand.”*<sup>39</sup>

Forøvrig betyr ”helsetilstand” at pasienten skal vite hva som feiler han og hvor alvorlig det er. Dersom pasienten har en sykdom, medisinsk tilstand eller skade, må han få vite diagnosen og få informasjon om hvordan akkurat hans forløp ser ut til å kunne bli. Om tilstanden forandrer seg, må oppdatert informasjon gis fortløpende.

Det andre pasienten skal ha informasjon om, er innholdet i helsehjelpen. Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell. I følge forarbeidenes kommentar til prl § 1-3 går undersøkelse, behandling, utredning og vurdering, samt pleie- og omsorgstiltak inn under begrepet ”handling”.<sup>40</sup> Somatisk og psykiatrisk helsehjelp likestilles.<sup>41</sup> Når det gjelder et bestemt tiltak skal pasienten ha informasjon om ”formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med tiltaket”.<sup>42</sup> Informasjonsplikten omfatter også informasjon om prognose og alternative fremgangsmåter.<sup>43</sup>

---

<sup>38</sup> Henriette Sinding Aasen, *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, Bergen 2000 side 396

<sup>39</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 57

<sup>40</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 126

<sup>41</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 37

<sup>42</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>43</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 69

Pasienten har rett til å avslå tilbud om helsehjelp. Dersom han velger å takke nei, skal han ha informasjon om konsekvensene av dette. Det kan for eksempel gjelde en pasient som ikke ønsker å få skiftet bandasjer fordi han synes det er smertefullt, eller noen som ikke ønsker å ta medisiner som gir sterke bivirkninger.

Prl § 3-2 første ledd annet punktum sier videre at pasienten skal ha informasjon om mulige risikoer og bivirkninger ved helsehjelpen. Dette gjelder både kortsiktige og langsiktige skader. En "risiko" er en uheldig konsekvens av helsehjelpen som kommer i stedet for eller i tillegg til forventet effekt. Eksempler på dette kan være infeksjon i et operasjonssår, anafylaktisk sjokk på grunn av en vaksine eller at en nerve utilsiktet blir kuttet under en operasjon. En bivirkning er en uønsket eller skadelig reaksjon på et legemiddel, som kommer i tillegg til eller i stedet for forventet effekt. Det kan for eksempel være munntørrhet eller å miste håret etter en cellegiftbehandling. I Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) forutsettes det at pasienten blir informert om "alminnelig forekommende" skader eller "påregnelige" skader. Dette er skader som har en forekomst ned mot 1 %. Pasienten skal informeres om alle skader som ikke gir grunnlag for erstatning.<sup>44</sup> Det skal også informeres om skader som ikke er en komplikasjon, men en følge av helsehjelpen. Dette kan gjøre seg gjeldende for eksempel ved amputasjoner eller strålebehandling.

Dersom helsehjelpen kan tilbys på flere måter, skal pasienten få informasjon som nevnt ovenfor om de forskjellige fremgangsmåtene. Kommentaren til prl § 3-2 sier at pasienten har rett til informasjon om legemidler og bruken av dem fra apoteket.<sup>45</sup> Dette innebærer veiledning om generisk bytte, dosering og hyppighet av medisiner. Pasienten bør også ha informasjon om personer som skal være til stede når helsehjelpen gis. Dette kan være for eksempel studenter eller tolker.<sup>46</sup>

Helsepersonell er kun forpliktet til å informere om helsemessige temaer i forhold til pasienten. Det kreves ikke at de skal opplyse om andre ting, som for eksempel sosial- og trygderettigheter.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 69

<sup>45</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

<sup>46</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>47</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 70

Denne opprømsingen er meningen skal dekke alle aspekter ved helsehjelpssituasjonen som berører pasienten. Informasjonen skal være med på å sikre forsvarlighet gjennom hele helsehjelpsprosessen fra fremgangsmåten ved første undersøkelse, gjennom behandlingen og til etter at helsehjelpen er avsluttet.

### **3.3.2 Hvor omfattende informasjonen skal være**

Pasienten skal altså ha informasjon om flere temaer. Informasjonsmengden pasienten kan få, kan strekke seg fra helt overfladisk og ufullstendig informasjon, til tunge informasjonsbolker med mange tekniske og medisinske detaljer. Informasjonen som blir gitt skal danne bakgrunn for pasientens informerte samtykke og medvirkning. Hvor omfattende informasjon må pasienten få i forskjellige situasjoner, for at den skal være forsvarlig?

Helsepersonelloven sier ikke noe om hvor mye informasjon som skal gis, men viser til pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven § 3-2 første ledd uttrykker at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, mulige risikoer og bivirkninger. Etter vanlig språklig forståelse betyr ”innsikt” at man har kjennskap, men ikke nødvendigvis dyptgående, kunnskap om noe. Bruken av ordet gir i seg selv lite veiledning om hvor mye informasjon som kreves for at informasjonen skal være forsvarlig.

I forarbeidene til helsepersonelloven har departementet vurdert det slik at krav om informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand tar i hovedsak sikte på opplæring og veiledning av pasienten for egenomsorg. Videre at: ”Plikten gjelder i det omfang som er nødvendig for at pasienten kan gjøres i stand til å foreta nødvendige observasjoner, nødvendig behandling og annen oppfølging av en tilstand.”<sup>48</sup> Når det gjelder å sette pasienten i stand til bestemte gjøremål, har helsepersonellet en konkret standard å holde dybden i informasjon opp mot. I disse tilfellene er informasjonen tilstrekkelig når pasienten kan det han skal kunne.

Kvalitetskravene til informasjon skal i følge kommentaren til § 3-2 tilfredsstillende kravet om et informert samtykke i prl § 4-1 og medvirkning i § 3-1.<sup>49</sup> I kommentaren til § 4-1 står det at et samtykke bare er gyldig dersom ”pasientene har fått fyllestgjørende underretning om formål,

---

<sup>48</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 57

<sup>49</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med tiltaket”. Ordet ”fyllestgjørende” betyr ”tilstrekkelig”. Dette er et vagt begrep, og sier ikke noe videre om hvor dypt informasjonen må gå for at forsvarlighetskravet blir oppfylt.

Kommentaren til § 4-1 sier videre: ”*Det kan ikke forventes at pasienten skal ha all tenkelig informasjon om tiltaket før samtykke gyldig kan avgis.*”<sup>50</sup>

Dette sier noe om dybden på informasjonen. Pasienten trenger ikke å få like inngående kunnskap som for eksempel en lege har. For mindre tiltak trenger pasienten ikke utfyllende informasjon. En lege kan for eksempel utføre en lett undersøkelse som går ut på å lytte på pasientens lunger, titte i halsen og ørene. I forhold til undersøkelsen trenger pasienten ikke å vite om alle medisintekniske funn legen gjør, og alle infeksjoner og tilstander som har disse tegnene. I slike tilfeller er det forsvarlig at legen forteller hvilke undersøkelser hun har tenkt å gjøre, og tilslutt hvilken diagnose hun har kommet frem til.

Videre står det i kommentaren til § 4-1 at

”*Det er derfor stilt krav om nødvendig informasjon om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen, mao at det skal gis slik informasjon som skal til for å gi et forsvarlig beslutningsgrunnlag.*”<sup>51</sup>

Det betyr at pasienten skal vite nok om helsehjelpen til å ta avgjørelsen om han ønsker å motta den eller ikke. Informasjonen skal tilpasses etter blant annet inngrepets art og konsekvenser.<sup>52</sup> Dette innebærer at kravet til detaljrikdom i informasjonen endres etter type helsehjelp. Aasen skriver at informasjonen som regel vil handle om risikofaktorer, fordeler, alternativer og konsekvenser av behandlingen for den enkelte pasient. Informasjonen skal ”gi pasienten innsikt i sikre, sannsynlige og mulige konsekvenser av sykdommen og behandlingen”.<sup>53</sup> Dette er kjernen av kravet til informasjon.

Ved helsehjelp som er smertefull, er det nødvendig med mer informasjon på forhånd, enn smertefrie prosedyrer. Likeså trenger pasienten mer informasjon om komplisert og krevende helsehjelp, enn dersom prosedyren er enkel. Tiltak som risikerer store konsekvenser for

---

<sup>50</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>51</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>52</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>53</sup> Aasen side 396

pasienten dersom det går galt, krever mer informasjon enn prosedyrer som har lite skadepotensiale. Tilsvarende gjelder for hvor påtrengende et tiltak er for pasienten. En prosedyre som kan føles pinlig eller ydmykende krever flere opplysninger for å tilfredsstille forsvarlighetskravet, enn en usjenerende prosedyre. Dess mer inngripende, omfattende, risikabel, ubehagelig eller smertefull helsehjelpen er, dess større krav stilles det til informasjon som er nødvendig for at pasienten skal få et forsvarlig beslutningsgrunnlag for å kunne samtykke. Helsepersonellet må særskilt forklare nødvendigheten av helsehjelpen, forventet effekt, om det finnes alternativer dersom metoden er ubehagelig, om risiko og rekonvalesens, i tillegg til å forklare selve fremgangsmåten.

Som et eksempel vil en pasient som er anbefalt en åpen hjerteoperasjon ikke bare trenge informasjon om konsekvenser av å gå uoperert, ventede fordeler, alternativer og risiko ved operasjonen. Han vil også trenge ganske detaljert informasjon blant annet om ubehaget ved å våkne opp på respirator, at han er nødt til å gjennomgå en viss opptrening etterpå og om trolige plager i ettertid. Helsepersonell kan ikke holde tilbake informasjon om negative virkninger, selv om de er redd for at pasienten vil avslå behandlingen dersom de vet dette. Dette er sentralt i retten til selvbestemmelse. Informasjonen som helsepersonell gir, vil imidlertid bli balansert med informasjon om behandlingens forventede effekt og konsekvensene av å avslå behandling. Helsehjelpen kan karakteriseres som en pakkøløsning. Det er essensielt for å sikre forsvarlig helsehjelp at pasienten vet omfanget av hva han begir seg ut på før han samtykker til behandlingen.

Pasientrettighetsloven § 3-2 annet ledd sier:

*”Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.”*

Noen pasienter orker ikke å høre detaljerte forklaringer om hvordan helsehjelpen skal foregå, fordi de synes det er vemmelig. Det vil være forsvarlig av helsepersonell å holde tilbake informasjon om for eksempel innsnittet, dersom pasienten sier at han ikke vil høre om det. Men for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp er det av stor viktighet at han har fått informasjon om for eksempel risikoer og hvordan han må forholde seg i ettertid. Det vil ikke være forsvarlig å gjennomføre hjerteoperasjonen dersom pasienten ikke har tatt stilling til om han er villig til å gjennomgå den nødvendige opptreningen etterpå. Helsepersonellet må vurdere hva pasienten *må* ha fått informasjon om før helsehjelpen kan påbegynnes.

Noen pasienter har behov for samme type helsehjelp flere ganger. Det kan for eksempel være pasienter som får dialysebehandling på sykehuset opptil flere ganger i uken eller diabetikere som i perioder går til kontroll annenhver uke. I uttrykket ”nødvendig informasjon” ligger det at dersom pasienten er godt kjent med en bestemt type helsehjelp fra før, er det ikke nødvendig å informere like inngående hver gang. Denne forståelsen understøttes av at informasjonen skal tilpasses den enkelte pasient.<sup>54</sup> Så lenge pasienten har fått nødvendig informasjon om et tiltak tidligere, har han et forsvarlig beslutningsgrunnlag til å samtykke til helsehjelpen. Ved undersøkelser har pasienten rett til forsvarlig informasjon om sin helsetilstand ved hver kontroll. Helsepersonellet må derfor informere om resultatet av undersøkelsen.

Informasjonen som er tilstrekkelig for at pasienten kan samtykke i forslaget til helsehjelp, er i følge forarbeidene til pasientrettighetsloven et minimumskrav. Minimumsinformasjonen er en forutsetning for forslaget om å lovfeste et krav om informert samtykke som rettsgrunnlag for å yte helsehjelp.<sup>55</sup> Det er nødvendig med en viss mengde informasjon for at samtykket kan kalles ”informert”. Bruken av begrepet minimumskrav tilsier at det er ønskelig at pasienten i vanlige situasjoner skal få mer informasjon.

Forarbeidene til pasientrettighetsloven sier også: ”Utgangspunktet må være at han skal informeres så langt som det er nødvendig for at han kan ta stilling til om han ønsker å motta den helsehjelp som tilbys.”<sup>56</sup> Dette punktet trekker pasienten direkte inn i vurderingen om informasjonsmengden er tilstrekkelig. Hvis pasienten ikke har fått nok informasjon for å ta stilling til om han ønsker å ta i mot helsehjelpen, har han rett til mer informasjon. Hvis pasientens rett til selvbestemmelse skal bli en realitet, må han ha tilstrekkelig informasjon slik at han kan ta et selvstendig valg.

Informasjonen pasienten får skal også sette ham i stand til å medvirke til helsehjelpen. Kommentaren til prl § 3-1 sier at ”Retten til å medvirke øker dermed kravene til informasjon fra det behandelende helsepersonellet.”<sup>57</sup> Ettersom informasjonen skal sette pasienten i stand til å velge blant annet mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og

---

<sup>54</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>55</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 70

<sup>56</sup> NOU-1992-8 side 81

<sup>57</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 128

behandlingsmetoder, er det logisk at pasienten trenger nødvendig informasjon om de forskjellige valgmulighetene. Sammenhengen i forarbeidene viser at kravene til informasjonen økes ytterligere når det gjelder medvirkning. Det krever større innsikt å skulle velge selv, enn å takke ja eller nei til helsehjelp man blir tilbudt ut fra helsepersonellens beste skjønn. Særlig gjelder dette når ingen alternativer klart skiller seg ut som det beste. Det stilles dermed høyere krav til informasjonen når pasienten skal medvirke. Også her gjelder det at kravet til informasjonens omfang øker desto mer inngripende, smertefull eller risikabel helsehjelpen er.

### 3.3.3 Informasjonens form

Mennesker er forskjellige. Noen har en utviklingshemming, fysiske eller psykiske problemer som kan hindre dem i å oppfatte informasjon i forskjellig grad. Norge er dessuten et flerkulturelt samfunn. Her bor mennesker med annen språklig og kulturell bakgrunn, for eksempel samer og innvandrere. Hvilke krav stilles til helsepersonells kommunikasjon med forskjellige mennesker?

Pasientrettighetsloven § 3-5 første ledd sier:

*”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.”*

Bestemmelsen innebærer at helsepersonellet må ta individuelle hensyn når de skal informere. Oppramsingen i setningen er eksempler, og ikke en utfyllende liste over ting de må ta hensyn til. Kravet gjelder i følge forarbeidene til pasientrettighetsloven alle pasienter, og ikke bare de som trenger tilpasset informasjon.<sup>58</sup> Det er både informasjonens form og innhold som skal tilpasses pasienten.<sup>59</sup>

Kravet til tilpasset informasjon innebærer at helsepersonellet må henvende seg til pasienten med utgangspunkt i det de på forhånd vet om ham, og det de oppfatter når de møter ham. I noen tilfeller er opplysninger av betydning for kommunikasjonen skrevet i journalen. Det kan

---

<sup>58</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 131

<sup>59</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 221



være opplysninger som ramset opp i bestemmelsen, eller for eksempel opplysninger om fysisk eller psykisk funksjonshemming.

Tilpasning av informasjonens innhold kan innebære å bruke ord og uttrykk tilpasset alder og modenhet til pasienten. Tilpasning av formen kan være bruk av konkrete og sammenligninger i informasjonen. Aasen skriver at helsepersonell ikke må bruke teknisk fagsjargong, men forklare innholdet ved bruk av alminnelige og kjente ord og uttrykk.<sup>60</sup> Helsepersonell bør ta utgangspunkt i at pasienten ikke har medisinske forkunnskaper. Dersom en pasient er i en sinnsstemning som gjør at han har vanskelig for å motta informasjon, må helsepersonellet tilpasse seg situasjonen. Da må hun ta seg tid til å prate med pasienten, eventuelt komme tilbake og informere når pasienten er mer mottakelig. Dersom pasienten er hørselshemmet må de gi informasjonen skriftlig eller ved tegnspråk, eventuelt gjennom døvetolk. Blinde pasienter må få informasjonen muntlig eller gjennom blindeskrift. Hovedregelen om informasjon i prl § 3-2 og forarbeidene er helt klare på at helsepersonell ikke kan nedprioritere informasjon til noen grupper fordi de synes det er tungvint eller krevende å informere dem.<sup>61</sup> I samme retning drar pasientrettighetslovens formål, nemlig å fremme respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.

Når det gjelder personer som ikke taler norsk, sier kommentaren til § 3-5:

*”I de tilfeller hvor pasienten er minoritetspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. Dette er også aktuelt for den samisktalende delen av befolkningen.”*<sup>62</sup>

Kommentaren bruker ordet ”avgjørende” om at pasienten skjønner innholdet. Særlig når det gjelder språkproblemer er sannsynligheten stor for at pasienten ikke forstår hva helsepersonellet forsøker å formidle. Også her vil forsvarlighetskravet stille krav til helsepersonellet om hva de må sørge for at pasienten har forstått.

Pasientskadenemndas vedtak PSN-2010-810 omhandlet helsepersonell som ikke hadde kontrollert om pasienten hadde forstått informasjonen. En 46 år gammel kvinne fikk tilkjent erstatning av en enstemmig Pasientskadenemnd for feilaktig fjerning av livmor, som følge av

---

<sup>60</sup> Aasen side 396

<sup>61</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 73

<sup>62</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 131

informasjonssvikt og dermed manglende samtykke. Kvinnen snakket ikke norsk, men sitt morsmål og noe engelsk. Behandlende lege pratet såpass dårlig engelsk at en sykepleier ble kalt inn for å tolke. Pasienten hadde snakket om operasjonen som om hun forsto hva den gikk ut på, men fikk likevel medhold i Nemnda på at hun ikke hadde samtykket, da det etterpå viste seg at hun ikke hadde forstått det.

I vedtaket står det:

*”Man må være sikker på at pasienten har fått den nødvendige informasjon om inngrepet og konsekvenser av dette. Man må være særlig påpasselig der pasient og helsepersonell ikke har felles språk.”*

I følge vedtaket kan pasienten ikke bli utsatt for mer komplisert helsehjelp, som for eksempel utredninger og operasjoner, uten at han har fått den nødvendige informasjon. Det korresponderer godt med hensynet til pasientens selvbestemmelse og pasientens mulighet til å sikre seg forsvarlig helsehjelp. Dersom pasienten oppsøker lege eller sykehus med et benbrudd, kan man legge til grunn et antatt samtykke til å gipse benet på bakgrunn av konkludent adferd. Likeså gjelder for kroniske tilstander, der pasienten kjenner godt til behandlingen og sin egen helsetilstand fra før. I slike enkle tilfeller kan man anta at pasienten i utgangspunktet forstår hvilke tiltak helsepersonellet må iverksette, og at han ønsker at dette blir gjort. I andre tilfeller er det avgjørende at han har forstått informasjonen, og det må kalles inn noen som kan tolke. Sammenhengen i reglene og formålet med rettighetene gjør at man må forstå det slik at terskelen for å hente inn tolk, ikke kan være særlig høy.

### **3.3.4 Kontroll av hva pasienten har forstått**

Det er mange ting som kan utfordre kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. Noen takler dårlige nyheter bra, mens andre lukker seg inne og vil ikke høre, eller blir så stresset at de ikke oppfatter informasjonen. Noen har lett for å forstå informasjon om sin helsetilstand, mens andre ikke har bakgrunnskunnskaper til å forstå hvordan kroppen fungerer. Er informasjonen gitt på forsvarlig måte når helsepersonellet har tilpasset informasjonen til pasienten, eller må hun også kontrollere at pasienten har forstått tilstrekkelig av den? Hvor langt må helsepersonell gå i å kontrollere at pasienten har en tilstrekkelig forståelse?

Pasientrettighetsloven § 3-5 annet ledd sier at:

*”Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.”*

I denne bestemmelsen er det to ting som må tolkes. Det første er hva pasienten skal ha forstått. ”Innholdet” og ”betydningen” av opplysningene er to forskjellige ting. Innholdet er det pasienten rent praktisk blir fortalt. Dette er for eksempel informasjon om diabetes eller hvilken virkning operasjonen i hovedeksempelet vanligvis har. Betydningen av opplysningene er at pasienten forstår hva opplysningene innebærer for han. Dette er hvilken effekt diabetes har på hans liv og livsstil, og hvordan operasjonen vil påvirke hans helse og øvrige situasjon på kort og lang sikt.

Det andre som må tolkes er uttrykket ”så langt mulig”. Dette må forstås slik at plikten helsepersonellet har til å forsikre seg om at pasienten har forstått opplysningene, er vidtrekkende, men har en grense. Aasen skriver at det kreves ikke at ”forståelsen og innsikten skal overskride det en normalt utrustet person vil kunne tilegne seg i en tilsvarende situasjon.”<sup>63</sup> Plikten helsepersonellet har til å forsikre seg om at pasienten har forstått opplysningene henger nøye sammen med kravet om forsvarlighet, og er en naturlig følge av retten pasienten har til å avgi et informert samtykke.<sup>64</sup>

I vedtaket fra PSN<sup>65</sup> står det at man må være ”sikker på at pasienten har fått den nødvendige informasjon om inngrepet og konsekvenser av dette.” Nemndas uttalelse om at man må være ”sikker”, bekrefter at retten til informasjon er en svært sterk rettighet for pasienten. Vedtaket viser at terskelen for uforsvarlighet er lav når det gjelder informasjon. Dess alvorligere konsekvenser det kan ha for pasienten dersom han ikke forstår opplysningene, dess større er plikten som hviler på helsepersonellet til å forsikre seg om at han har forstått dem.

Olav Molven skriver at det bør ”stilles strenge krav til at helsepersonellet sikrer seg at informasjonen er forstått, særlig når pasientene begir seg inn i klart risikable prosedyrer.”<sup>66</sup>

---

<sup>63</sup> Aasen side 51

<sup>64</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 73

<sup>65</sup> PSN-2010-810

<sup>66</sup> Olav Molven, *Helse og jus*, 5. utgave (Oslo 2006) side 149

Forarbeidene til helsepersonelloven sier at det for eksempel kan tenkes at en bør stille kontrollspørsmål for å finne ut hvor mye pasienten har forstått.<sup>67</sup> Dette betyr at plikten til forsvarlig informasjon innebærer at helsepersonellet må gå aktivt inn for å sikre seg at den blir oppfylt.

## 4. Krav til samtykke

### 4.1 Tema for samtykke

Pasientrettighetsloven § 4-1 sier at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke.

Nøyaktig hvilke handlinger fra helsepersonellens side er det som krever at pasienten samtykker?

Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell. Dette skal dekke alle handlinger helsepersonell foretar seg i medisinsk og pleieformål overfor pasienten. Pasienten kan samtykke til behandling som bærer preg av forsøk eller eksperimentering.<sup>68</sup>

I forarbeidene til helsepersonelloven står det:

*”Krav om samtykke gjelder for alle sider av helsemessig virksomhet som pasienter undergis eller medvirker i, dvs pleie, omsorg, undersøkelse, innleggelse og behandling.”<sup>69</sup>*

”Helsemessig virksomhet” er et videre begrep enn ”helsehjelp”. Helsemessig virksomhet må forstås å være alt som foregår hos for eksempel legen, tannlegen, på institusjonen eller apoteket, som involverer pasienten. Av dette er ”alle sider” inkludert. Uttalelsen utvider området for hva som krever pasientens samtykke. Eksempelvis er det pasienten selv som bestemmer om han aksepterer å bli innlagt på sykehus, eller om han vil møte til en innkallingstime. Pasienten må også samtykke til å spise eller bli matet, eller i å bli vasket og få byttet klær. I forarbeidene til pasientrettighetsloven står det: ”Pasienten bør også få informasjon om deltakerne som skal være til stede når helsehjelpen gis, f.eks studenter.”<sup>70</sup> Hvem som er tilstede i en helsehjelpssituasjon, involverer pasienten. Hans samtykke kreves

---

<sup>67</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 39

<sup>68</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 39

<sup>69</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 57

<sup>70</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

derfor dersom andre enn de som er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen skal være til stede.

## 4.2 Samtykkets form

Pasienten kan avgi sitt samtykke på flere måter. Noen pasienter uttaler et klart ja, mens andre viser hva de ønsker gjennom å samarbeide aktivt med helsepersonellet. Andre igjen sitter passiv eller avventende, og det kan være vanskelig å vite om de har samtykket eller ikke.

Hvor tydelig må et samtykke uttrykkes i forskjellige situasjoner?

Pasientrettighetsloven § 4-2 første ledd sier:

*”Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.”*

Den klareste måten er å si uttrykkelig ifra til helsepersonellet at man samtykker til helsehjelpen. Et uttrykkelig samtykke kan i følge forarbeidene gis muntlig eller skriftlig. Ved tiltak som kan være forbundet med alvorlige komplikasjoner, alvorlige bivirkninger eller reiser viktige etiske spørsmål kan det være behov for å forsikre seg om at pasienten har mottatt tilstrekkelig informasjon og overveid følgene på forhånd. Dette kan for eksempel være ved innsetting av silikonimplantat eller behandlinger med eksperimentelt preg. Annet ledd i bestemmelsen åpner for at departementet gi forskrifter om skriftlighet i slike tilfeller.<sup>71</sup>

Pasientrettighetsloven § 4-2 første ledd annet punktum åpner for å godta mindre tydelige uttrykk for samtykke. ”Pasientens handlemåte” bygger på helsepersonellens subjektive tolkning av pasientens oppførsel. Dette kan for eksempel være at en pasient oppsøker helsepersonell for å få en bestemt type helsehjelp. Dersom pasienten forteller legen at han ønsker å få målt jernlagrene sine, og deretter setter seg i stolen på laboratoriet, regnes det som et samtykke. Dersom pasienten gjennom en aktiv handling medvirker til helsehjelpen, viser han gjennom sin konkludente adferd at han samtykker til tiltaket. Dette kan være at han svelger kontrastvæske før en røntgenundersøkelse.

---

<sup>71</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 81

I andre tilfeller holder pasienten seg mer passiv. Dersom det er legens forslag å måle jernlagrene, og pasienten etter å ha fått forsvarlig informasjon avstår fra å protestere, vil det i utgangspunktet regnes som et stilltiende samtykke.<sup>72</sup> Dersom helsepersonellet er i tvil om pasienten egentlig mener å samtykke, må hun spørre han. Aslak Syse skriver at helsepersonellet må forsikre seg om at ”pasienten både har fått og forstått den informasjonen som skal danne grunnlag for et gyldig samtykke, og i tillegg få et uttrykkelig samtykke fra pasienten.”<sup>73</sup> Dette synet støttes av Aasen, som skriver:

*”Såfremt de framstår som nødvendige, og representerer ordinær og forsvarlig behandling, vil de fleste pasienter akseptere at [begrensede tiltak] gjennomføres. Det er derfor liten grunn til å kreve et eksplisitt samtykke til slike tiltak.”*<sup>74</sup>

Forutsetningen er at pasienten etter omstendighetene er tilstrekkelig informert.

Uttrykket ”omstendighetene for øvrig” viser at det kan være mange ting som spiller inn i tolkningen av pasientens adferd. Helsepersonellet må vurdere situasjonen under ett. Pasientens helsetilstand kan spille inn på hvor klart han klarer å gi uttrykk for et samtykke. Utover dette må det huskes at mennesker med en annen kulturell bakgrunn kan ha et annet syn på hva som regnes som konkludent adferd. Innenfor den samiske kulturkrets trenger for eksempel ikke passivitet å bety at pasienten samtykker. I slike situasjoner er helsepersonellet særskilt forpliktet til å forsikre seg om hvorvidt pasienten har ment å samtykke.<sup>75</sup>

Kommentaren til prl § 4-2 sier at kravet til klarheten på samtykket øker dersom helsehjelpen er inngripende, smertefull eller risikabel. For en blodprøve kan det være forsvarlig å støtte seg til pasientens konkludente adferd, men for et stort operativt inngrep må pasientens samtykke komme klart til uttrykk.<sup>76</sup> Dette synet støttes av de reelle hensynene til pasientens integritet og tillitsforholdet mellom pasienten og helsetjenesten. Aasen skriver:

*”Ved alvorlige inngrep må det foreligge et klarere og mer bastant viljesuttrykk, sammenlignet med situasjoner der det dreier seg om et bagatellmessig inngrep, for å hindre at inngrepet får karakter av å være en integritetskrenkelse.”*<sup>77</sup>

---

<sup>72</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>73</sup> Aslak Syse, *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 3. utgave (Oslo 2009) side 309

<sup>74</sup> Aasen side 354

<sup>75</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>76</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>77</sup> Aasen side 272

Å forsikre seg om at pasienten har ment å samtykke er svært sentralt i forhold til at pasienten sikres forsvarlig helsehjelp.

### **4.3 Grenser for pasientens samtykke**

#### **4.3.1 Helsepersonells grenser innenfor et avgitt samtykke**

I noen tilfeller er pasienten i narkose når helsehjelpen blir gitt. I andre tilfeller er han våken, men har ikke kjennskap nok til medisinske prosedyrer til å vite hvilke handlinger helsepersonellet gjør. Fra helsepersonellets side kan det tenkes at de oppdager flere helseproblemer når de har påbegynt helsehjelpen. Hvor langt strekker et allerede avgitt samtykke seg i forskjellige situasjoner?

Noen ganger ber en pasient om å få utført en bestemt type helsehjelp, og gir dermed gjennom konkludent adferd sitt samtykke til denne typen tiltak. Gjelder et samtykke fortsatt, dersom pasienten ikke helt har forstått hva helsehjelpen går ut på? Utgangspunktet i prl § 4-1 er det informerte samtykke. Pasienten kan benytte seg av retten til ikke å motta informasjon om helsehjelpen, jf prl § 3-2 annet ledd, og likevel avgi et gyldig samtykke. Forarbeidene til pasientrettighetsloven sier: ”Konsekvenser som ikke fremstår som påregnelig at pasienten har overskuet ved hennes konkludente adferd må det altså innhentes særskilt tillatelse for.”<sup>78</sup> Det betyr at det må innhentes et nytt samtykke dersom helsepersonellet ser en mulighet for at pasienten ikke har innsikt i hva tiltaket innebærer. Eksempel på et slikt tilfelle kan være dersom en pasient ønsker å få skilt to sammenvokste tær. Slike prosedyrer hos voksne krever at pasienten får transplantert litt hud fra annet sted på kroppen. Dersom pasienten tror helsepersonellet bare trenger å snitte huden mellom tærne og sy sammen såret, gjelder ikke samtykket for dette inngrepet.

Kan helsepersonell sette i verk andre tiltak enn det pasienten har samtykket til? Også her et utgangspunktet det informerte samtykke i prl § 4-1. Pasientens samtykke omfatter det han har blitt informert om og har samtykket til. Denne forståelsen understrekes i forarbeidene til pasientrettighetsloven. ”Helsepersonellet kan med andre ord ikke sette i verk undersøkelses- eller behandlingstiltak som har en helt annen karakter enn det pasienten har gitt samtykke til.”<sup>79</sup> Helsepersonellet kan kun utføre helsehjelp innenfor det område pasienten har gitt

---

<sup>78</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 82

<sup>79</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 82

tillatelse til. Det betyr at kirurgen i hovedeksempelet ikke kan gjøre inngrep i andre organer hos pasienten, dersom dette ikke har vært informert om og avgitt samtykke til på forhånd. Hun kan heller ikke foreta mindre inngrep, som å fjerne en føflekk på magen til pasienten under operasjonen.

Dersom helsepersonell ønsker å bruke en annen metode for å gi samme type helsehjelp, gjelder fortsatt pasientens opprinnelige samtykke? Hovedregelen i prl § 4-1 første ledd annet punktum gjelder også for disse tilfellene. Kriteriet for å avgi et informert samtykke, er at pasienten har mottatt og forstått forsvarlig informasjon om helsehjelpen. Forarbeidene skriver at ”Dersom dette tiltaket er mer smertefullt, mer risikofylt eller effekten av tiltaket er mer tvilsomt enn det helsepersonellet i utgangspunktet har fått samtykke til, må pasienten som hovedregel informeres om dette og deretter avgi samtykke til at det påtenkte tiltaket settes i verk.”<sup>80</sup> I slike tilfeller gjør forskjellene i hvordan pasienten kan oppleve helsehjelpen og følgene av den at tiltaket får en helt annen karakter.

Et vedtak i PSN omhandlet en slik situasjon.<sup>81</sup> En kvinne trodde hun skulle få heist opp en nedsunket livmor, men legene hadde isteden fjernet livmoren. Journalnotatene viste ikke at et mindre inngripende tiltak hadde vært vurdert. I sitt vedtak skrev PSN: ”Der det er mulig å gjennomføre et inngrep på to forskjellige måter, må man ikke velge det mest inngripende alternativ med mindre man har forsikret seg om at det er dette pasienten har samtykket til.” Vedtaket støtter forståelsen om at det må innhentes nytt samtykke til metoder som er svært forskjellig fra det pasienten i utgangspunktet samtykket til.

Forarbeidene og vedtaket fra PSN åpner samtidig for at dersom den alternative helsehjelpen innebærer noenlunde samme grad av inngripen, smerte, risiko og forventet effekt, kan tiltaket ses på som innenfor avgitt samtykke. Dersom helsehjelpen for eksempel går ut på å fjerne en svulst i livmoren, vil det være en mindre belastning for pasienten dersom kirurgen kan bruke kikkhullskirurgi istedenfor å åpne pasienten på tradisjonell måte. Dermed kan dette gjøres innenfor avgitte samtykke. I motsatte tilfelle -dersom pasienten har samtykket til kikkhullskirurgi- kan ikke kirurgen planlegge å åpne pasienten for å operere. Ved mer inngripende metoder enn pasienten har samtykket til kreves det at han har gitt et særskilt samtykke på forhånd.

---

<sup>80</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 82

<sup>81</sup> PSN-2010-810



Kan helsepersonell gjøre et inngrep som er tilsvarende det pasienten har samtykket til, men som er større? Også i slike tilfeller er hovedregelen at pasienten må være informert før han kan samtykke. I forarbeidene står det at konsekvenser som ikke fremstår som påregnelig at pasienten har overskuet ved hennes konkludente adferd, må det innhentes særskilt tillatelse for.<sup>82</sup> Dette betyr at helsepersonell har et ansvar for å finne ut hva som er ”påregnelig” at pasienten har sett for seg at helsehjelpen skal bestå av. Informasjonen helsepersonellet har gitt på forhånd danner bakgrunnen for hva pasienten kan ”overskue”. Også i slike tilfeller vil det sentrale være tiltakets karakter. Dersom det ettersom en prosedyre skrider frem viser seg at helsepersonellet må gjøre et større inngrep enn hun først trodde, kan dette fortsatt være innenfor pasientens samtykke. Helsehjelpen må da være av samme karakter som det pasienten har samtykket til, og den overskytende helsehjelpen må være medisinsk indikert og faglig forsvarlig. Dersom en pasient for eksempel samtykker til å fjerne en muskelknode i livmoren, vil det ligge utenfor samtykket å fjerne hele livmoren, fordi et slikt inngrep er av en annen karakter. I hovedeksempelet kan det for eksempel være at kirurgen etter at operasjonen er påbegynt, finner at tarmen må legges ut fordi skadene var større enn undersøkelsene på forhånd hadde vist. Dette tiltaket vil være større enn det pasienten hadde samtykket til, men av samme karakter, nemlig å fjerne deler av en ødelagt tarm. Å legge ut tarmen vil da være innenfor det pasienten har samtykket til.

#### **4.3.2 Når pasienten ikke vil samtykke til helsehjelp**

Pasienten må samtykke til å motta helsehjelp og andre tjenester fra helsepersonell. Noen ganger ønsker han ikke å gi et samtykke, heller ikke når det gjelder helsehjelp som ville vært til hans beste å motta. Av og til kan pasientens valg være til ulempe for omgivelsene, for eksempel dersom en pasient nekter å blir vasket og stelt. Har pasienten rett til å avslå helsehjelp han opplagt trenger, eller kan helsepersonell overstyre valget etter en faglig vurdering? Hvor langt strekker grensen seg for hva han kan nekte å samtykke til?

Utgangspunktet i prl § 4-1 første ledd første punktum er at helsehjelp ”bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke”. Ordet ”bare” indikerer at bestemmelsen inneholder en

---

<sup>82</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 82

utfyllende liste over rettsgrunnlag. Samtykket er helsepersonellens alminnelige rettsgrunnlag for å yte helsehjelp, og uten dette har de ikke rett til å gi helsehjelpen. Gode faglige vurderinger om hva som vil være til pasientens beste, må dermed etter ordlyden vike for retten til å gi, trekke tilbake eller avstå fra å gi et samtykke. Unntak fra dette kravet er dersom det foreligger annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Gyldig rettsgrunnlag kan være lovhjemmel eller nødrettsbestemmelsen i hpl § 7. Forarbeidene til pasientrettighetsloven og helsepersonelloven poengterer flere steder pasientens autonomi som en svært sterk rettighet.<sup>83</sup> Pasientrettighetslovens forarbeider understreker at det ikke finnes andre rettsgrunnlag for inngrep fra helsevesenet enn lovhjemmel og samtykke.<sup>84</sup> Disse rettskildene er tause om hvorvidt det er en åpning for å gi helsehjelp uten samtykke.

Spørsmålet har blitt behandlet i rettsvesenet. I en Høyesterettsdom var faktum at en mann med permanent funksjonstap var innvilget langtidsopphold på et kommunalt sykehjem.<sup>85</sup> Han var konstant sengeliggende, hadde omfattende betente og væskende sår på begge bena og i underlivet, vesentlige bevegelsehemninger, var inkontinent for urin og avføring, og som følge av tarmsykdom var avføringen flytende. Han hadde etter innleggelsen motsatt seg undersøkelser og aktiv medisinsk behandling, og dessuten vask, klesskift og stell av sår. På grunn av inkontinensen var det stor risiko for alvorlig infeksjon i sårene på underkroppen, og i tillegg var luktplagen for de ansatte betydelig. Oslo byfogdembete avsa dom om at Oslo kommune ikke kunne pleie og stelle A uten hans samtykke. I Borgarting lagmannsrett ble kommunen frifunnet. Spørsmålet for Høyesterett var om sykehjemmet kunne skifte sengetøy, utføre kroppsvask og skifte bandasjer på A uten hans samtykke.

Dommen endte med dissens tre mot to til fordel for kommunen. Førstvoterende, som var en del av flertallet, understreket i avsnitt 28 nødvendigheten av å ha hjemmel for pålegg uten samtykke. Han mente likevel at hensynet til pasientens autonomi måtte veie mindre der klart uheldige valg også får betydelige negative følger for andre, jf avsnitt 30. I avsnitt 31 skriver han at et hjemmelsgrunnlag for å begrense autonomien, er at sykehjemmet kunne stille vilkår ved et ellers begunstigende vedtak, så lenge vilkårene hadde saklig sammenheng med vedtaket og ikke var uforholdsmessige tyngende. Disse vilkårene mente han var oppfylt. I tillegg viser han i avsnitt 34 til forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

---

<sup>83</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 54

<sup>84</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 76

<sup>85</sup> Rt. 2010 s. 612

§ 4-4, hvor det fremgår at beboerne må akseptere de begrensninger som følger av hensynet til ”medisinsk behandling, drift av boformen og hensynet til andre beboere”.<sup>86</sup> Uttrykket ”drift av boformen” favner nokså vidt, og omfatter klart også institusjonens forpliktelser overfor sine ansatte for så vidt gjelder et forsvarlig arbeidsmiljø, jf. arbeidsmiljøloven § 4-4, jf. § 4-1.<sup>87</sup> Endelig viser førstvoterende i avsnitt 34 til at As holdning gir sykehjemmet grunnlag til å si han opp, og utskrivning nokså umiddelbart vil skape behov for øyeblikkelig hjelp, som etter hpl § 7 skal gis selv om pasienten motsetter seg den. I avsnitt 36 konkluderer han med at alt dette sett i sammenheng gir nødvendig hjemmelsgrunnlag for at A forholder seg til et minstemål av hygienetiltak, og at disse om nødvendig kan gjennomføres mot hans vilje.

Annenvoterende er i avsnitt 41 enig i at institusjonen kan stille vilkår for oppholdet, men mener i avsnitt 45 at det ikke foreligger hjemmel for å gjennomføre disse med tvang. Deretter understreker hun hvor sentralt frivillighet står i helsepersonelloven, før hun i avsnitt 53 skriver at man må være svært tilbakeholden med å innfortolke rett til å benytte tvang, fordi det ikke er etablert rettsikkerhetsgarantier i form av lovbestemte vilkår, formkrav eller kontrollregler. Hun mener det ikke bør være større adgang til å benytte tvangstiltak overfor mennesker med samtykkekompetanse, enn ovenfor dem som ikke har slik kompetanse, jf de strenge og kontrollerte rammene for slike tiltak i pasientrettighetsloven kapittel 4 A og lov om psykisk helsevern.<sup>88</sup> I avsnitt 55 oppsummerer hun med at det ikke foreligger tilstrekkelig hjemmel, og føyer til at det er en lovgiveroppgave å sørge for at det blir gitt for å dekke slike tilfeller.

Denne dommen er svært interessant fordi den tar opp hvor sterkt pasientens autonomi skal veie i forhold til andre verdier, og hvor klart hjemmelsgrunnlaget for tvang må være. Som annenvoterende understreker, er det en farlig vei å skulle innfortolke en rett til å benytte tvang, fordi det kan vanne ut rettssikkerheten. Den personlige autonomi bør bare innskrenkes når det ligger et tilstrekkelig klart hjemmelsgrunnlag i bunnen. Flertallets bruk av en forskrift som hjemmelsgrunnlag er betenkelig, ettersom prl § 4-1 første ledd klart sier at et inngrep uten samtykke må hjemles i lov. Det samme er et fremtidig scenario med at A kom til å trenge hjelp etter hpl § 7 dersom sykehjemmet sa han opp. På det aktuelle tidspunkt var As helsetilstand ikke livstruende eller svært alvorlig, og stellet hadde mer preg av forebyggende,

---

<sup>86</sup> Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie 14. november 1988 nr. 932

<sup>87</sup> Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv 17. juni 2005 nr 62

<sup>88</sup> Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 2. juli 1999 nr 62

enn livreddende, karakter. Vilkårene for hjelp etter hpl § 7 var dermed ikke oppfylt. Sist, men ikke minst, er det svært betenkelig å kumulere utilstrekkelige rettsgrunnlag for å konstruere et som holder til å gjennomføre tvangen. På et så grunnleggende område som den personlige autonomi, mener jeg mindretallet har rett i at rettsikkerheten må ivaretas ved at det foreligger en klar hjemmel i lov. En pasient må få lov til både å ta ”feil” valg og å være ”vanskelig”, uten at det legitimerer at helsepersonell kan gjennomføre helsehjelp med tvang.

Denne dommen har gjort rettstilstanden på området problematisk og uklar. Den aktuelle situasjonen var veldig satt på spissen, og har ikke bred overføringsverdi til andre områder. Flertallets argumentasjon har gått langt i å holde arbeidstakers rettigheter opp mot pasientens. Når flertallet kom til at hygienetiltakene kunne gjennomføres mot As vilje, kan det være på bakgrunn av de kolliderende hensynene til helsepersonellet. Situasjonen er uavklart, og jeg har ikke funnet at det er publisert noe om dommen. Kanskje har flertallet ment at i en interessekonflikt mellom arbeidstakers, virksomhetens og øvrige pasienters rettigheter og en pasients rettigheter, står ikke den aktuelle pasientens rettigheter så sterkt når det gjelder mindre inngripende tiltak.

### **4.3.3 Tilbaketrekking av samtykke**

I følge prl § 4-1 annet ledd første punktum kan et avgitt samtykke trekkes tilbake. Gjelder denne retten ubetinget?

Pasientrettighetsloven § 4-1 annet ledd sier:

*”Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.”*

Utgangspunktet i loven er at pasienten kan trekke tilbake et avgitt samtykke. I følge forarbeidene til pasientrettighetsloven gjelder retten til å trekke samtykket tilbake på alle trinn av behandlingen. ”Selv om de fleste pasienter i praksis regner med at legen vet best, (...) er det likevel pasienten og ikke helsepersonellet som må ta den endelige beslutningen.”<sup>89</sup> Dette betyr at pasienten har rett til å avslutte en behandling når han selv ønsker det.

---

<sup>89</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 76

Noen ganger opplever pasienten at påbegynt helsehjelp blir for vanskelig å gjennomføre. For eksempel beskriver av og til kreftpasienter sykdomsforløpet sitt og behandlingen de gjennomgikk som ”sitt livs tøffeste kamp”. I hvilken grad kan helsepersonell oppmuntre pasienten til å fortsette en tøff behandling?

Kommentaren til prl § 4-1 sier om dette:

*”Pasienten skal i slike situasjoner sikres at samtykke til en behandling som vil gi positive følger, ikke trekkes tilbake på grunn av «øyeblikkets plager». Helsepersonellet må gi pasienten den nødvendige omsorg og forståelse for det ubehagelige og smertefulle i situasjonen, og oppmuntre pasienten til å fortsette sitt opprinnelige forsett.”*<sup>90</sup>

Kommentaren gir helsepersonellet et ansvar for å gi nødvendig omsorg og lindring der det er mulig, for å få pasienten til å holde ut. De har plikt til å være aktiv i situasjonen, og gjøre det de har mulighet til for at pasienten skal gjennomføre behandlingen.

Pasientrettighetsloven § 4-1-annet ledd annet punktum sier at dersom pasienten trekker samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen om at helsehjelpen ikke gis. Det betyr at helsepersonell ikke kan la pasienten avbryte behandlingen uten å bli informert om konsekvensene av det. Inkludert i begrepet ”betydningen av at helsehjelpen ikke gis”, ligger både negative konsekvenser av å avslutte behandlingen og å minne om de positive virkningene metoden ventes å gi. Å respektere pasientens ønske om å avbryte uten å gi slik informasjon, vil være uforsvarlig. Hensikten med informasjon om følgene av å trekke samtykket er i følge forarbeidene å ”få pasienten til å stå ved sitt opprinnelige ønske og fortsette behandlingen.”<sup>91</sup> Denne informasjonen er en viktig del av helsepersonellens oppfyllelse av kravet til forsvarlighet.

Til sist står det i kommentaren til § 4-1: ”Men dersom pasienten likevel ønsker å trekke sitt samtykke tilbake, skal dette respekteres.” Pasienten skal så langt det er mulig oppmuntres og overtales til å fortsette en vanskelig behandling. Dersom han har bestemt seg for å avslutte behandlingen, må han motta informasjon om konsekvensene av dette. Pasienten kan ikke presses til å fortsette behandlingen, selv om det kan gi negative virkninger å avslutte. Hvis

---

<sup>90</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

<sup>91</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 132

han fortsatt vil avslutte, har han rett til det, helt i tråd med utgangspunktet om at samtykket kan trekkes tilbake og forsvarligheten som ligger i retten til selvbestemmelse.

## 5. Krav til medvirkning

### 5.1 Tema for medvirkningen

Pasientrettighetsloven § 3-1 første ledd første og annet punktum slår fast at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen, og herunder velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Nøyaktig hva er det pasienten kan medvirke til?

Pasienten gis rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Første punktum gjelder i selve helsehjelpssituasjonen. I praksis vil det si både at han kan medvirke fysisk, ved å samarbeide med helsepersonellet for å gjennomføre helsehjelpen, og at han kan være med å ta avgjørelser i forhold til gjennomføringen. Han kan også medvirke med egenoppfølging i forhold til at han varsler helsepersonell dersom han blir oppmerksom på visse symptomer eller bivirkninger.<sup>92</sup>

Pasienten kan på forhånd være med å velge hvilken undersøkelsesmetode som skal benyttes og hvilken behandling han skal få, så fremt det finnes alternativer. Dersom han har forsøkt en type behandling tidligere som har fungert dårlig eller gitt ubehagelige bivirkninger, kan han be legen om å få prøve noe annet. Når det gjelder pleie og omsorg kan pasienten være med å bestemme praktiske detaljer ved dette, som for eksempel om han trenger smertestillende.

Pasientrettighetsloven § 3-1 tredje ledd sier at dersom pasienten ønsker at andre personer skal være til stede når helsehjelpen gis, skal det imøtekommes så langt som mulig. Dette kan for eksempel være familiemedlemmer, en tolk eller barnets far ved en fødsel.<sup>93</sup>

---

<sup>92</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 39

<sup>93</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 129

## 5.2 Graden av medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke i valget av tilgjengelig og forsvarlig helsehjelp som tilbys og gis han. Pasientrettighetsloven § 3-1 første ledd tredje punktum sier at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Hvilke faktorer spiller inn på pasientens rett til å medvirke, og i hvor stor grad kan han medvirke på de forskjellige områdene?

Bruken av ordet ”medvirke” i lovteksten uttrykker at pasienten ikke har en ubetinget rett til å velge, men kan være med å ta avgjørelser. Det er ikke pasienten som bestemmer hvilken helsehjelp han skal tilbys. Pasienten har rett til, men ingen plikt til å medvirke, og kan overlate til helsepersonellet å velge type helsehjelp. En forutsetning for å tilby alternativene er at er vurdert som egnet og forsvarlige, slik at pasienten ikke risikerer å velge en uforsvarlig metode.

Det er i siste instans helsepersonellet som har ansvaret for at helsehjelpen som gis er forsvarlig, og de har dermed det avgjørende ordet når det gjelder hvilken type helsehjelp som skal tilbys pasienten. Helsepersonellet har imidlertid plikt til å informere såpass omfattende at pasienten får innsikt i innholdet i helsehjelpen. Dersom det finnes flere mulige og forsvarlige metoder, kan pasienten selv få velge. Hvis helsepersonell vil anbefale en bestemt type helsehjelp foran en annen, er det deres ansvar å informere så godt at pasienten kan ta et informert valg basert på forsvarlig informasjon.

Pasientrettighetsloven § 3-1 første ledd tredje punktum sier at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Akkurat som innholdet og formen på informasjonen pasienten gis må tilpasses ham, må også graden av medvirkning tilpasses. Pasientens individuelle forutsetninger og behov må hensyntas. Eksempler på faktorer som kan spille inn er modenhet og graden av kunnskap. I forarbeidene står det: ”Desto større faglig kompetanse som kreves, desto mindre vil pasientens reelle medvirkningsmuligheter være.”<sup>94</sup> Det er naturlig at dersom det kreves høy kunnskap for å ta et valg, vil pasientens mulighet til å velge stå tilbake for helsepersonellens. En pasient med stor forståelse for valgene som skal tas, får større påvirkning på valget enn dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva de forskjellige alternativene innebærer.

---

<sup>94</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 65

I forarbeidene til pasientrettighetsloven står det:

*”Pasienten får også rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det kan imidlertid ikke velges metoder som er medisinsk uforsvarlige eller som kan være til ulempe for pasienten.”*<sup>95</sup>

Uttalelsen innebærer en begrensning for pasienten. Han kan bare velge mellom forsvarlige og egnede metoder. Det er helsepersonellet som beslutter hva som er forsvarlig, og de har dermed både en mulighet og plikt til å begrense og veilede pasientens valg. Pasienten kan ikke velge løsninger som er direkte dårlige, dersom det finnes bedre alternativer. Dette er essensielt for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp. Hvis valgmulighetene er likeverdige, er det naturlig at pasienten treffer avgjørelsen.

Kommentaren til prl § 3-1 sier at:

*”Valget mellom ulike metoder kan stå mellom en kort, men smertefull metode, en langvarig, men uten smerter av betydning, og en metode som har en viss lengde og er noe smertefull, men som er mer usikker.”*<sup>96</sup>

I slike tilfeller kan pasienten velge selv hvilken behandling han ønsker. Helsepersonell bør dog gi pasienten en anbefaling om hvilken metode som i sum vil være den beste.

Noe annet er det dersom det foreligger flere alternative metoder som alle er forsvarlige, men hvor én metode er mer ressursøkonomisk enn de øvrige. Da kan ikke alternativene sies å være likeverdige, og helsetjenesten bør kunne velge hvilket alternativ som skal benyttes.<sup>97</sup>

I et konkret tilfelle av medvirkning, kan valget stå mellom en trygg, men langvarig og ubehagelig metode, en kortvarig men noe risikabel og en kort med usikker effekt. I et slikt tilfelle må alle metodene være vurdert av helsepersonell som forsvarlige. I den grad de har omtrent samme kostnader, regnes de som likeverdige. Da stilles pasienten fritt til å velge metode. Dersom han er usikker, bør helsepersonell gi sin vurdering om hva som i sum er den beste løsningen.

---

<sup>95</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 12

<sup>96</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 128

<sup>97</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 66



Pasientens ønsker om hvem som skal være med når helsehjelpen gis, skal imøtekommes så langt som mulig, jf prl § 3-1 tredje ledd. Forarbeidene sier at det er helsepersonellens oppgave å sjekke at deltakelse av andre personer er tilrådelig. Pasientens ønsker skal respekteres, men helsepersonell kan overstyre valget dersom de mener det er uforsvarlig. Dersom de mistenker at pasienten blir presset til å ha en bestemt person til stede eller de observerer at pasienten blir stresset av at andre er der, kan helsepersonell nekte andre adgang.<sup>98</sup>

Molven mener at pasienten i utgangspunktet ikke kan nekte for eksempel studenters deltakelse i helsehjelpen, fordi pasienten er forpliktet til å motta hjelpen fra dem som opptrer for sykehuset. Unntak fra dette er dersom det er en spesiell forhistorie knyttet til forholdet mellom pasient og helsepersonell, som kan virke inn på behandlingen.<sup>99</sup> Forarbeidene til pasientrettighetsloven sier at hovedregelen om at pasienten skal få bestemme hvem som skal delta under behandlingen eller undersøkelsen ”skal i de langt fleste tilfeller respekteres”.<sup>100</sup> Lovteksten og forarbeidene, sammen med det sterke hensynet til pasientens integritet, veier tyngre enn juridisk litteratur. Hovedregelen må derfor være at pasienten har det siste ordet.

## 6. Oppsummering

Helsehjelpen som helsepersonellet tilbyr pasienten skal i utgangspunktet være forsvarlig. Pasientens integritet blir ivaretatt ved at han skal samtykke til helsehjelpen og har rett til å medvirke ved gjennomføringen av den. Pasientens reelle valgmuligheter er avhengig av to hovedfaktorer. Det første er kvaliteten på helsepersonellens informasjon. Det stilles derfor store krav til at denne skal være forsvarlig. Kravene øker desto større negative konsekvenser helsehjelpen kan medføre for pasienten.

Den andre faktoren er innsikten som kreves for å medvirke. Desto større faglige kvalifikasjoner som kreves for å ta gode avgjørelser, desto mindre får pasienten å si på bekostning av helsepersonellet.

---

<sup>98</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 66

<sup>99</sup> Molven side 162

<sup>100</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) side 66

## 7. Kildeliste

### ***Norges Lover 1687 - 2010:***

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 2. juli 1999 nr 62

Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr 63

Lov om helsepersonell mv 2. juli 1999 nr 64

Lov om erstatning ved pasientskader mv (pasientskadeloven) 15. juni 2001 nr. 53

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv 17. juni 2005 nr 62

### ***Lovforarbeider:***

Ot.prp.nr.12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)

NOU-1992-8. Lov om pasientrettigheter

### ***Forskrifter:***

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie 14. november 1988 nr. 932

### ***Dommer:***

HR-2010-902-A - Rt. 2010 s. 612

### ***Vedtak i Pasientskadenemnda:***

PSN-2010-810

### ***Bøker:***

Kjønstad, Asbjørn *Helserett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling*, 2. utgave (Oslo 2007)

Molven, Olav *Helse og jus*, 5. utgave (Oslo 2006)

Syse, Aslak *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 3. utgave (Oslo 2009)

Aasen, Henriette Sinding *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*,  
Bergen 2000

Antall ord i besvarelsen: 12.850