



# Hälso- och sjukvårdens krav på informerat samtycke

En studie av dess ersättningsrättsliga betydelse

Göteborg, 2009-09-10

Tillämparuppsats, 30 högskolepoäng

Jur.kandprogrammet vid  
Handelshögskolan, Göteborgs  
universitet

Skriven av Frida Noldin

Handledare: Mats Tullberg



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRKORTNINGAR .....	4
<b>1 INLEDNING.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Presentation av ämnesval och problemformulering .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Syfte och frågeställning .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Avgränsning .....</b>	<b>6</b>
<b>1.4 Metod och material.....</b>	<b>7</b>
<b>1.5 Disposition .....</b>	<b>7</b>
<b>DEL 1 .....</b>	<b>8</b>
<b>2 PATIENTENS INTEGRITET OCH SJÄLVBESTÄMMANDE .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Definition av patient samt hälso- och sjukvård .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Informationsskyldigheten inom hälso- och sjukvårdsområdet.....</b>	<b>8</b>
2.2.1 Allmänt om syfte, omfattning och form .....	8
2.2.2 Information om önskad effekt, ofrånkomliga biverkningar samt risken för oönskade sådana.....	10
2.2.3 Individuell utformning av informationen.....	11
<b>2.3 Hälso- och sjukvård i samråd med patienten .....</b>	<b>11</b>
2.3.1 Kravet på samtycke – en betydelsefull markering.....	11
2.3.2 Frivilligt samtycke utan formkrav .....	12
2.3.3 Omfattningen av samtycket.....	13
<b>Del 2 .....</b>	<b>14</b>
<b>3 BRISTANDE INFORMERAT SAMTYCKE – GRUND FÖR ERSÄTTNINGSANSVAR? 14</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Introducerande diskussion.....</b>	<b>14</b>
3.1.1 Norm av etisk eller ersättningsrättslig karaktär?.....	14
<b>DEL 3 .....</b>	<b>16</b>
<b>4 RÄTTEN TILL ERSÄTTNING VID PATIENTSKADA .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Patientskadeersättning enligt Patientskadelagen.....</b>	<b>16</b>
4.1.1 Bristande informerat samtycke faller utanför .....	18
4.1.1.1 Motiven till utelämnandet samt remissinstansernas inställning ....	19
<b>4.2 Skadestånd enligt allmänna regler .....</b>	<b>20</b>
4.2.1 Kort om förutsättningarna för rätt till skadestånd enligt SKL.....	20

<b>5 AVGÖRANDEN ENLIGT SKADESTÅNDSLAGEN .....</b>	<b>22</b>
<b>5.1 Nervtrådsfallet .....</b>	<b>22</b>
5.1.1 Kommentar .....	24
<b>5.2 Snarkoperationsfallet .....</b>	<b>25</b>
5.2.1 Kommentar .....	26
<b>5.3 Tumöroperationsfallet.....</b>	<b>28</b>
5.3.1 Kommentar .....	29
<b>6 AVGÖRANDEN I PATIENTSKADENÄMNDEN .....</b>	<b>30</b>
<b>6.1 Rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund .....</b>	<b>30</b>
6.1.1 PRS 2000:08 .....	30
6.1.2 PRS 2001:16 .....	31
6.1.3 PRS 2006:09 .....	31
<b>6.2 Inte rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund .....</b>	<b>31</b>
6.2.1 PRS 2000:09 .....	31
6.2.2 PRS 2003:03 .....	32
6.2.3 PRS 2006:03 .....	32
<b>6.3 Kommentarer till avgörandena.....</b>	<b>33</b>
<b>DEL 4 .....</b>	<b>34</b>
<b>7 NÄRMARE OM NÅGRA FRÅGOR.....</b>	<b>34</b>
<b>7.1 Culpabedömning och skadebringande moment .....</b>	<b>34</b>
<b>7.2 Bevisbördan för bristande informerat samtycke .....</b>	<b>36</b>
<b>7.3 Krav på kausalitet .....</b>	<b>37</b>
<b>7.4 Kränkning av den personliga integriteten som skada?.....</b>	<b>38</b>
7.4.1 Stora begränsningar i rätten till skadestånd vid kränkning .....	38
7.4.2 Kränkningen kan ses som den mest direkta skadan .....	40
<b>7.5 Skäl att reglera det bristande informerade samtycket i PSL? .....</b>	<b>41</b>
<b>DEL 5 .....</b>	<b>42</b>
<b>8 AVSLUTANDE KOMMENTARER.....</b>	<b>42</b>
<b>KÄLLFÖRTECKNING .....</b>	<b>45</b>

## FÖRKORTNINGAR

HD	Högsta domstolen
HovR	Hovrätten
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
JT	Juridisk Tidskrift vid Stockholms universitet
NFT	Nordisk Försäkringstidskrift
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv
PDL	Patientdatalag (2008:355)
PJL	Patientjournalag (1985:562) numera upphävd
Prop.	Proposition
PSL	Patientskadelag (1996:799)
PSN	Patientskadenämnden
PRS	Patientskadenämndens referatsamling
RF	Regeringsformen
SFS	Svensk Författningssamling
SKL	Skadeståndslag (1972:207)
SOU	Statens offentliga utredningar
YHL	Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

# 1 INLEDNING

## 1.1 Presentation av ämnesval och problemformulering

Inom den svenska hälso- och sjukvårdens reglering och etiska riktlinjer är några av ledorden vad gäller patientperspektiv respekt, självbestämmande och integritet – ord som anses representera högst skyddsvärda och väsenliga intressen. Redan i Regeringsformen 2 kap 6 § stadgas att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Att patienten vid kontakt med sjukvården ges tillfredsställande information om exempelvis ett förestående ingrepp anses ha avgörande betydelse för patientens självbestämmanderätt, och tanken är därför att detta skall genomsyra hela hälso- och sjukvården. Olika studier och attitydundersökningar har dock visat att patienter många gånger tycker att de fått otillräcklig information. Brister i kommunikation och information är också en av de vanligast förekommande anledningarna till klagomål på vården.<sup>1</sup>

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, har man genom att lagstadga en rad krav som förut var gällande i praktiken utan att finnas med i lag, avsett att stärka patientens ställning.<sup>2</sup> Ett exempel är att det numera stadgas en skyldighet för vårdpersonalen att informera patienten om bland annat hälsotillstånd, planerade åtgärders omfattning samt förknippade risker med sådana, och att inhämta samtycke till samtliga åtgärder som företas.<sup>3</sup> För dessa krav på information och samtycke används ofta begreppet *informerat samtycke*, som idag är en vedertagen term inom hälso- och sjukvårdens område.<sup>4</sup>

Ett återkommande spørsmål vid patientskador, aktuellt för denna uppsats, är betydelsen av att patienten inte erhållit tillräcklig information och därför inte kunnat ge sitt samtycke till en åtgärd. En fråga har varit om och i vilken omfattning ett bristande informerat samtycke skall kunna utgöra grund för ersättningsansvar då vårdåtgärden medicinskt sett ansetts korrekt utförd.

---

<sup>1</sup> Prop. 1998/99:4 s 23 f, 60

<sup>2</sup> Westerhäll, s 26

<sup>3</sup> Se närmare under avsnitt 2.2, 2.3

<sup>4</sup> Ibid s 23

## 1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med föreliggande uppsats är att utifrån ett ersättningsrättsligt perspektiv belysa och försöka att fastställa rättsläget gällande kravet på informerat samtycke inom den svenska hälso- och sjukvården. Den övergripande frågan som kommer att behandlas är om och i vilken mån ett bristande informerat samtycke kan utgöra grund för ersättningsansvar. Hur har det informerade samtycket bedömts i praxis och vilka rättsliga kriterier har uppställts för rätt till ersättning? Enligt vilken lagstiftning är det möjligt för patienten att utkräva ersättning? Är denna reglering tillfredsställande?

## 1.3 Avgränsning

Uppsatsen har primärt en ersättningsrättslig inriktning men eftersom ämnet till karaktär gränsar till den medicinska rätten har också delar inom detta område betydelse för framställningen. Vad gäller hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav på information och samtycke är min ambition däremot inte att ge en uttömmande redogörelse av dess innebörd och räckvidd. Jag nöjer mig med en allmän men likväl viktig beskrivning av kravens syften och utgångspunkter.

Medicinska åtgärder kan ses som ett samlingsbegrepp för såväl förebyggande åtgärder, undersökning och provtagning och dess efterföljande behandling, som åtgärder vilka förtas för att bota eller lindra sjukdom/skada. Denna framställning begränsas dock till att behandla situationer där patienten genomgått ett kirurgiskt ingrepp, vilket ansetts utfört medicinskt korrekt.<sup>5</sup> Uppsatsen behandlar situationer där det före ingreppet varit praktiskt möjligt för vårdpersonalen att lämna information och inhämta samtycke. Inom denna uppsats behandlas inte godtagbara undantag från informations- och samtyckeskraven eller frågor hänförliga till vem som formellt sett har behörighet att lämna samtycke.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Utanför denna uppsats faller således fall där det kan ifrågasättas huruvida ingreppet som sådant varit utfört lege artis och den problematik som hänförs till de fallen. Förevarande uppsats tar således utgångspunkt i kirurgiska ingrepp som *inte* är att betrakta som behandlingsskador.

<sup>6</sup> För att läsa mer om undantag från kravet på samtycke se Rynning s 352 ff. Vad gäller behörighet och kompetens att avge samtycket se Rynning s 277 ff. Således berörs heller inte hypotetiskt samtycke. Se Agell, Samtycke och risktagande, s 25 och prop. 1993/94:130 s 39; Värt att uppmärksamma är att hypotetiskt samtycke normalt inte torde kunna godtas i fall där det varit möjligt att informera patienten och inhämta samtycke. Se Rynning, s

Eftersom uppsatsen har ersättningsrättsligt perspektiv berörs inte andra rättsliga konsekvenser vid uteblivet informerat samtycke, såsom frågor om disciplin-påföljder och straffrättsligt ansvar för vårdpersonal.

### **1.4 Metod och material**

Jag har för att försöka fastställa rättslaget avseende det informerade samtycket använt mig utav en rättsdogmatisk studie av relevant lagstiftning, dess förarbeten och annat offentligt tryck, rättspraxis samt doktrin. Även avgöranden från patient-skadenämnden har studerats.

### **1.5 Disposition**

Uppsatsen är indelad i fem delar och den första delen behandlar hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav på information och samtycke. Här förklaras kravens innehåll, utformning och räckvidd. Efter att ha läst denna del skall läsaren ha tillgodogjort sig kunskap om det informerade samtyckets grundläggande betydelse och innehåll. I del två introduceras läsaren i ämnet genom att det med grund i doktrin förs en allmän diskussion för och emot det bristande informerade samtycket som ersättningsrättslig grund.

Del tre utgör den mest omfattande delen i uppsatsen. Denna del inleds med att behandla regleringen i Patientskadelagen (1996:799), PSL. Härfter behandlas kort förutsättningarna för rätten till skadestånd enligt Skadeståndslagen (1972:207), SKL, varefter jag redogör för och kommenterar relevant praxis samt ett för uppsatsen representativt urval av avgöranden i patientskadenämnden. Uppsatsens del fyra diskuterar därefter vissa specifika frågor, såsom culpa-bedömningen och det skadebringande momentet vid informerat samtycke. Inom denna del i uppsatsen faller frågor som rör det skadeståndsrättsliga kravet på kausalitet, placering av bevisbördan samt huruvida kränkning av patientens självbestämmanderätt kan anses utgöra en skada. I detta kapitel diskuteras även huruvida det finns skäl att reglera det informerade samtycket annorlunda.

Uppsatsen avslutas med ett sammanfattande och reflekterande avsnitt.

---

390. Därmed är det vid fall som nämns i denna uppsats inte möjligt att åberopa förekomsten av hypotetiskt samtycke som ansvarsbefriande.

# DEL 1

## 2 PATIENTENS INTEGRITET OCH SJÄLVBESTÄMMANDE

### ***2.1 Definition av patient samt hälso- och sjukvård***

Den nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftningen ställer långtgående krav på sjukvårdspersonalen vad gäller såväl informationsskyldighet som att inhämta patientens samtycke före genomförandet av vårdåtgärder.<sup>7</sup>

Med patient avses i denna framställning "varje enskild person i varje kontakt som denne har med hälso- och sjukvården i frågor som berör hans (eller hennes) eget hälsotillstånd".<sup>8</sup> Vad gäller begreppet hälso- och sjukvård använder jag den definition som ges i Hälso- och sjukvårdslagen 1 §. Där avses med hälso- och sjukvård "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador". I detta begrepp inryms även den svenska tandvården enligt tandvårdslagen (1985:125).<sup>9</sup>

### ***2.2 Informationsskyldigheten inom hälso- och sjukvårdsområdet***

#### **2.2.1 Allmänt om syfte, omfattning och form**

Informationsskyldigheten har reglerats i en egen bestämmelse. Enligt första stycket i HSL 2 b § skall patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Syftet med lagen är att säkerställa en god vårdkvalitet och en hög patientsäkerhet samt att förebygga sådana risker för patienten som kan undvikas.<sup>10</sup> Även i YHL 2 kap 2 § finns motsvarande bestämmelser om informationsskyldigheten. Medan HSL anger kraven på vårdgivarna riktar sig bestämm-

---

<sup>7</sup> Här avses i första hand Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (YHL). Före införandet av YHL reglerades frågor om patientens rätt till integritet, självbestämmande och information i lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m., lagen (1996:786) om tillsyn över Hälso- och sjukvården samt lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvård, men samtliga nu nämnda lagar upphävdes år 1999 genom SFS 1998:532.

<sup>8</sup> Definitionen är hämtad ur SOU 1991:63 s 107

<sup>9</sup> Hellbacher m fl. s 10

<sup>10</sup> Prop. 1993/94:149 s 47



elserna i YHL till hälso- och sjukvårdspersonalen och anger skyldigheter. Även Patientdatalagen (2008:355), PDL<sup>11</sup> innehåller bestämmelser rörande informationskravet. I lagens 5 kap 3 § sägs bland annat att en patientjournal alltid skall innehålla "uppgift om den information som lämnats patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ...".<sup>12</sup> Journalen skall enligt stadgandets andra stycke även innehålla uppgift om vem som gjort viss anteckning i journalen och tidpunkt för denna.

Patientinformationen fyller en rad syften. Det övergripande syftet är att patienten i största möjliga utsträckning skall kunna ta tillvara sina egna intressen.<sup>13</sup> Informationen har även betydelse för patientens självkänsla och är en del i arbetet med att göra vården mer mänsklig.<sup>14</sup> Patienten skall utifrån informationen kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om hon eller han vill acceptera eller avstå från den vård som erbjuds. Att patienten erhåller information medför bland annat också att han eller hon får ökad kontroll över sin egen tillvaro, att ovissheten kring det planerade ingreppet minskar.<sup>15</sup> Det kan i detta sammanhang nämnas att stadgandet i HSL 2 b § omfattar all information som förmedlas till patienter, oavsett vilken typ av åtgärder det är fråga om eller vilken personalkategori som har att lämna informationen.<sup>16</sup> Det kan även noteras att kravet på information inte endast är enkelriktad, målet är snarast att få till en fungerande dialog mellan vårdgivare och patient.<sup>17</sup>

Utgångspunkten är att informationsskyldigheten är långtgående och därmed anses omfatta alla faktorer hänförliga till det kirurgiska ingreppet.<sup>18</sup> Utifrån den information vårdpersonalen ger till patienten skall bland annat framgå omfattningen av det planerade ingreppet. Denna skyldighet gäller inte endast att personalen skall informera om åtgärder de med säkerhet vet kommer att genom-

---

<sup>11</sup> Patientdatalagen (2008:355) trädde ikraft den 1 juli 2008 och innehåller bestämmelser om behandling av personuppgifter som främst avser enskilda patienter inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Lagen gäller för alla vårdgivare oavsett om verksamheten bedrivs i privat eller offentlig regi. Patientdatalagen har ersatt den tidigare Patientjournalagen (1985:562) vilken upphävdes genom SFS 2008:355.

<sup>12</sup> Även Patientjournalagen innehöll detta stadgande fr.o.m. den 1 januari 1999.

<sup>13</sup> Westerhäll s 30

<sup>14</sup> Prop. 1981/82:97 s 58

<sup>15</sup> SOU 1997:154 s 57

<sup>16</sup> Prop 1998/99:4 s 46

<sup>17</sup> Prop 1997/98:189 s 52

<sup>18</sup> Prop. 1981/82:97 s 59 och SOU 1997:154 s 57

föras, utan inkluderar även ansvar att informera om åtgärder som eventuellt kommer visa sig behövliga att företa.<sup>19</sup> I doktrin diskuteras även om vissa "underåtgärder" vilka naturligt följer av "huvudåtgärden" – ingreppet, kan anses så underförstådda att de också anses falla utanför kravet och att information därför inte uttryckligen behöver lämnas angående dessa. Beträffande denna fråga råder det viss oklarhet.<sup>20</sup>

Hälso- och sjukvårdslagarna uppställer inget formkrav på informationslämnandet. Information bör dock lämnas i former som stärker patientens möjligheter till delaktighet och självbestämmande.<sup>21</sup> Således kan informationen ges till patienten såväl muntligt som skriftligt – via personligt besök, telefon eller per post. Följaktligen har vårdpersonalen i princip fria händer vad gäller valet av informationsform, så länge syftet med informationen - att tillgodose patientens informationsbehov - upprätthålls.<sup>22</sup>

### **2.2.2 Information om önskad effekt, ofrånkomliga biverkningar samt risken för oönskade sådana**

Av informationen skall givetvis framgå vilka effekter som *önskas uppnås* med ingreppet. Rynning anser att patientens insikt om detta är "betydelsefullt för att patientens egna förväntningar skall vara realistiska, men framför allt för att vederbörande själv skall kunna avgöra om chansen till hälsoförbättring är tillräckligt god för att han/hon ska vilja underkasta sig åtgärden i fråga".<sup>23</sup> Enligt Rynning är det av samma skäl även angeläget att patienten informeras om *förväntade och ofrånkomliga biverkningar*. Det kan t.ex. handla om att patienten skall få vetskap om eventuell smärta efter ingreppet, begränsningar i den dagliga rutinen gällande möjligheterna till att leva ett normalt liv en tid efter ingreppet.

Vårdpersonalen har även att informera om risken för *oönskade komplikationer* som kan vara förknippade med det kirurgiska ingreppet.<sup>24</sup> Till att börja med kan det framhållas att för att en risk ska vara omfattad av informationsskyldigheten

---

<sup>19</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 220 f

<sup>20</sup> Ibid s 217 – författaren nämner som exempel en blindtarmsoperation där det får anses underförstått att läkaren kommer att göra en öppning i buken, avlägsna blindtarmen samt sy igen operationssåret och omsluta det med förband.

<sup>21</sup> SOU 1997:154 s 57

<sup>22</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 238 f

<sup>23</sup> Ibid s 224 f

<sup>24</sup> Prop 1981/82:97 s 59

krävs att den är känd. I detta ligger att vårdpersonalen måste varit, eller bort vara, medvetna om risken. Vad gäller kända komplikationer går det inte med säkerhet att fastställa hur sannolik risken för dess förverkligande skall vara för att den skall omfattas av skyldigheten att informera. Rynning anser att det förefaller rimligt att ju större sannolikhet det föreligger för en förväntad negativ effekt av ingreppet, desto större anledning att informera patienten om denna.<sup>25</sup> Samtidigt kan informationsskyldigheten inte anses omfatta risker som är så avlägsna eller obetydliga att patienten med all sannolikhet inte kan ha något intresse av att få vetskap om dem.<sup>26</sup>

### **2.2.3 Individuell utformning av informationen**

Av förarbetena framgår att informationen inte får ges slentrianmässigt, utan skall anpassas efter patientens förutsättningar och behov. Inte heller har det ansetts praktiskt rimligt att låta patienten skriva under ett avtalsliknande dokument, vilket bekräftar lämnad information och lämnat samtycke. Situationen skulle vid en sådan tillämpning lätt bli formalistisk. Det har även ansetts ligga en fara i en alltför detaljerad lagreglering av vilken information som skall lämnas, eftersom en sådan riskerar att uppfattas som en checklista.<sup>27</sup> Att informationen skall anpassas individuellt betyder att sjukvårdspersonalen måste sätta sig in i varje patients enskilda situation, med utgångspunkt i dennes förutsättningar och behov. Omständigheter såsom patientens ålder, mognad och erfarenhet skall beaktas. Annan kulturell och språklig bakgrund samt eventuell funktionsnedsättning måste vårdpersonalen också ta hänsyn till. Huvudsaken är att patienten i fråga förstår den information som ges och vad informationen konkret bör innehålla får naturligtvis skifta beroende på patientens enskilda behov och förutsättningar.<sup>28</sup>

## **2.3 Hälso- och sjukvård i samråd med patienten**

### **2.3.1 Kravet på samtycke – en betydelsefull markering**

HSL 2 a § stadgar att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär bland annat att den, enligt punkten 3, skall bygga på patientens självbestämmande och integritet. Stadgandet avser enligt

---

<sup>25</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 225

<sup>26</sup> Ibid s 229

<sup>27</sup> Prop. 1998/99:4 s 23 f

<sup>28</sup> Ibid s 49 f

förarbetena att stryka under vikten av att verksamheten bedrivs med inriktning på medmänsklighet och förståelse, och är således en betydelsefull markering för att slå fast patientens rätt inom vården. Det är också viktigt för effekten av vården på så vis att den kan genomföras i samförstånd och samverkan mellan patient och vårdpersonal.<sup>29</sup>

Enligt HSL 2 a § andra stycket skall vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Detta stadgande är en motsvarighet till YHL 2 kap 1 §. Det är fråga om en dubbel reglering av samma förhållande. Skillnaden består endast i att stadgandet i YHL direkt riktar sig till vårdpersonalen medan stadgandet i HSL anger ansvar för vårdgivaren. Det är vårdgivarens skyldighet att organisera hälso- och sjukvården så att personalen kan fullgöra det åliggande som regleras.<sup>30</sup>

Av den nu gällande lagtexten i HSL respektive YHL framgår inte ordagrant att svensk rätt uppställer krav på samtycke från patienten. Av förarbetena framgår dock att lagrummet skall tolkas så att det "i princip" fordras samtycke från patienten till "alla åtgärder".<sup>31</sup> Det tål därför att noteras att kravet på samtycke inte är absolut, utan formulerat så att det sträcker sig "så långt det är möjligt". Utgångspunkten är emellertid klar. Läkaren får inte genom sin auktoritet inkräkta på patientens integritet och självbestämmande<sup>32</sup> och samtycke skall inhämtas när det är möjligt – och det till alla åtgärder<sup>33</sup> som företas inom vården.

### 2.3.2 Frivilligt samtycke utan formkrav

I likhet med informationsskyldigheten uppställs inte något formkrav i vare sig lagtext eller förarbeten avseende samtyckeskravet. Muntligt samtycke är det allra vanligaste. Inom den svenska hälso- och sjukvården förekommer det skriftliga

---

<sup>29</sup> Sahlin, Kommentar till HSL s 67 f

<sup>30</sup> Ibid s 72 f

<sup>31</sup> Se tex prop. 1978/79:220 s 44, prop. 1981/82:97 s 148

<sup>32</sup> Se t.ex. Tännsjö, s 104

<sup>33</sup> Åtgärder kan i detta sammanhang avse ett samlingsbegrepp för förebyggande åtgärder (tex vaccinationer), undersökning och provtagning och dess efterföljande behandling, åtgärder till syfte att bota eller lindra sjukdom/skada samt åtgärder förknippade med forskningsprojekt. Som nämndes i uppsatsens inledning begränsas dock denna framställning till att avse skador vilka uppkommit vid kirurgiska ingrepp och den informations- och samtyckesproblematiken som förknippas med denna åtgärdskategori.

samtycket endast i mycket begränsad utsträckning.<sup>34</sup> Ett skriftligt samtycke har ansetts som en onödig och resurskrävande formalitet.<sup>35</sup>

Ett samtycke förutsätter frivillighet, varför patienten i fråga inte får vara utsatt för yttre påverkan. Patienten har rätt att fatta sitt beslut självtändigt, utan att det för den sakens skull utesluter att vårdpersonalen kan ha haft visst inflytande över det beslut som fattats.<sup>36</sup>

### 2.3.3 Omfattningen av samtycket

Det önskvärda vore om patienten kunde lämna ett specifikt samtycke till ingreppets samtliga åtgärder. Detta eftersom risken för missförstånd då är liten. Rynning menar dock att få åtgärder inom sjukvården är så enkla att inhämtandet av ett fullständigt och specifikt samtycke ofta torde vara praktiskt omöjligt. Hon menar att det torde vara svårt att få till stånd en heltäckande överenskommelse mellan vårdpersonal och patient beträffande vårdåtgärdens samtliga moment.<sup>37</sup>

Med allmänt samtycke brukar avses ett samtycke till en viss åtgärd, vilket samtidigt underförstått omfattar exempelvis diverse under- och sidoåtgärder trots att dessa inte uttryckligen nämnts vid det samtal som föregått samtycket.<sup>38</sup> HD har beträffande samtyckets räckvidd uttalat att ett allmänt samtycke som patienten lämnat till en operation inte kan anses omfatta samtliga medicinska korrekta åtgärder, men att vissa åtgärder måste kunna företas med stöd av ett allmänt samtycke.<sup>39</sup> Rynning anser att vissa underåtgärder får anses utgöra en så naturlig del av ingreppet att de anses innefattade i det allmänna samtycket, men att mer ingripande och riskfyllda sådana inte torde kunna inkluderas i ett allmänt samtycke.<sup>40</sup>

---

<sup>34</sup> Bland annat vid organdonationer enligt 6 § transplantationslagen. SOU 1997:154 s 319 f.

<sup>35</sup> SOU 1997:154 s 319 f. Dessutom finns praktiska svårigheter med ett formbundet samtycke.

<sup>36</sup> Rynning i Phillips s 343

<sup>37</sup> Rynning s 327

<sup>38</sup> Hedman s 27 f, Rynning s 328

<sup>39</sup> Se NJA 1990 s 442, det så kallade nervtrådsfallet. Se även avsnitt 4.2.2.1

<sup>40</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 327 f

## Del 2

### 3 BRISTANDE INFORMERAT SAMTYCKE – GRUND FÖR ERSÄTTNINGSANSVAR?

#### 3.1 Introducerande diskussion

Uppsatsen har hittills fokuserat på utformningen och omfattningen av hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav på ett informerat samtycke. Uppsatsen övergår nu till att studera förhållandet till ersättningsrätten.

Bör en patient, vilken drabbats av en skada, som inte blivit informerad eller lämnat samtycke ha rätt till ersättning? Frågan har varit omdiskuterad och i kommande stycke avser jag att ge en introducerande och allmän diskussion baserad på förekommande uppfattningar i doktrin.

#### 3.1.1 Norm av etisk eller ersättningsrättslig karaktär?

Agell anser att underlåtenhet att uppfylla kraven på information och samtycke torde kunna utgöra grund för ersättningsansvar, om än inte i vilka fall som helst. Han anser att underlåtenheten vid den ersättningsrättsliga bedömningen måste kopplas till de risker som medför att en behandling alls kan betraktas som oförsvarlig.<sup>41</sup> Enligt Rynning ”framstår det som såväl ologiskt som omotiverat att försumlighet beträffande *ett* åliggande – att ge sakkunnig vård – skulle kunna medföra skadeståndsansvar, men inte försumlighet beträffande *annat* – att informera och inhämta samtycke – trots att båda åliggandena finns lagfästa i samma författning, utan inbördes rangordning eller annan åtskillnad”.<sup>42</sup> Inte heller Andersson anser att man helt kan bortse från att kraven på information och samtycke borde kunna ha viss ersättningsrättslig betydelse, även om det finns skäl att anföra för att kraven endast har medicinsk-etisk karaktär.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Agell JT 1990/91 s 446 Agell kritiserar HD:s domskäl i det så kallade Nervtrådsfallet eftersom domstolen i det fallet inte beaktade sambandet mellan underlåtenheten att informera och den uppkomna skadan.

<sup>42</sup> Rynning, JT 1990/91, s 640

<sup>43</sup> Andersson s 431 f

Hellner har ställt sig avvisande till taken att avsaknaden av informerat samtycke skulle kunna utgöra grund för ersättning. Han har anfört att informations- respektive samtyckeskraven endast tjänar etiska krav inom hälso- och sjukvården och att de är avsedda att skydda patientens integritet. Hellner ställer sig frågan varför bristande informerat samtycke skall medföra rätt till ersättning, när skadan lika gärna hade kunnat inträffa om patienten lämnat samtycke. Han anser att ett sådant erkännande skulle kunna medföra att den patient som fått bristfällig information och därefter drabbats av en skada skulle komma att få en fördel jämfört med de patienter som före ingreppet informerats om riskerna och därtill avgivit sitt samtycke. Hellner menar att det då skulle leda till orimliga och obilliga resultat.<sup>44</sup>

Hellners uttalande har kritiserats av bland andra Agell. Agell anser att de så kallade obilliga resultaten helt enkelt är att betrakta som ett naturligt resultat i och med att patienten själv bestämmer vilka åtgärder och risker han eller hon är beredd att vilja underkasta sig. Agell framhåller dessutom att denna skillnad i rättsverkan inte är exklusiv för skador inom hälso- och sjukvården - utan snarare typisk för alla situationer där samtycke från den skadelidande kan utgöra ansvarsfrihetsgrund.<sup>45</sup> Rynning anser likt Agell att en patient som inte själv gått med på att underkasta sig viss behandling eller utsätta sig för vissa risker, kan få en rättslig fördel framför de som valt att medvetet lämna sitt samtycke är logiskt. Det är ju just avsaknaden av det informerade samtycket som enligt denna uppfattning ges ersättningsrättslig betydelse. Rynning tillägger att det visserligen är en helt annan sak att det av vissa skäl ibland kan anses önskvärt att *även* den samtyckande patienten skulle kunna få skadestånd vid exempelvis förverkligandet av en mycket avlägsen risk, men där ingreppet anses medicinskt korrekt.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Hellner, JT 1990/91, s 748

<sup>45</sup> Agell, JT 1990/91, s 445

<sup>46</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 451.

## DEL 3

### 4 RÄTTEN TILL ERSÄTTNING VID PATIENTSKADA

I detta kapitel utreds huruvida bristande informerat samtycke kan utgöra grund för ersättningsansvar enligt Patientskadelagen (PSL) och Skadeståndslagen (SKL).

Vare sig PSL eller SKL innehåller någon definition av personskada, men begreppets innebörd föranleder sällan några svårigheter.<sup>47</sup> Med personskada avses vanligtvis kroppsliga och psykiska sjukdomstillstånd som orsakats av en skadehändelse.<sup>48</sup> Som exempel kan nämnas vanprydande ärr, infektioner och funktionsstörningar i kroppens organ, men även psykiskt chocktillstånd.<sup>49</sup> För att en psykisk påverkan skall anses som en personskada krävs en medicinsk påvisbar effekt.<sup>50</sup> Tillstånd av allmänt obehag anses inte tillräckligt.<sup>51</sup>

#### 4.1 Patientskadeersättning enligt Patientskadelagen

Den 1 januari 1997 trädde PSL i kraft. Lagen innehåller reglering om patient-skadeersättning och om skyldighet<sup>52</sup> för alla vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård i någon form att teckna en patientförsäkring. Lagen kom att ersätta den befintliga patientförsäkringen.<sup>53</sup> Rätten till patientskadeersättning enligt PSL bygger liksom den tidigare patientförsäkringen på ett så kallat "no-fault system", innebärande att culpa inte behöver fastställas och att det för ersättningsansvaret därmed inte spelar någon roll huruvida personskadan orsakats genom fel eller försummelse från vårdpersonalens sida eller inte.<sup>54</sup> Lagen infördes främst i syfte

---

<sup>47</sup> Hellner, Skadeståndsrätt s 375

<sup>48</sup> Karnov lagkommentar till 5 kap 1 § SKL ordet personskada. 15 oktober 2008

<sup>49</sup> Hellner, Skadeståndsrätt s 103, 375

<sup>50</sup> SOU 1992:84 s 97

<sup>51</sup> Prop 1995/96:187 s 80, SOU 1995:33 s 61

<sup>52</sup> Skyldighet att ha patientförsäkring stadgas enligt PSL 12 §

<sup>53</sup> Den 1 januari 1975 infördes landstingens frivilliga patientförsäkring och därefter infördes patientförsäkring för så gott som all offentlig och privat sjukvård. Genom försäkringen åtog sig vårdgivarna att lämna ersättning för behandlingsskador som hade ett direkt samband med hälso- och sjukvården. Patientskadelagen bygger dock på villkoren i den frivilliga försäkringen och överensstämelsen är därför stor. För skador som inträffat efter införandet av lagen gäller således PSL medan den frivilliga patientförsäkringen fortfarande har aktualitet gällande skador hänförliga till tiden före lagens tillkomst. Se t.ex prop. 1995/96:187 s 1, Hellner, Skadeståndsrätt, s 301 f och Hellbacher m fl s 7

<sup>54</sup> Prop. 1995/96:187 s 1



att förbättra patienternas ställning då de i den svenska hälso- och sjukvården drabbats av en skada,<sup>55</sup> och har medfört att patienter fått bättre möjligheter till ersättning.<sup>56</sup> Det kan i detta sammanhang även nämnas att patientskadeersättning formellt sett inte är att anse som skadestånd,<sup>57</sup> och att PSL heller inte utesluter möjligheterna för patienten att föra talan om ersättning enligt vanliga skadeståndsrättsliga bestämmelser, även om skadan *kan* bedömas enligt PSL.<sup>58</sup>

För att en skada skall grunda rätt till ersättning enligt PSL krävs att det föreligger ett orsakssamband mellan personskadan och vården.<sup>59</sup> Vid skaderegleringen är det försäkringsgivaren som objektivt har att utreda om det föreligger kausalitet eller inte. *Först om* det genom denna utredning inte befinns föreligga något sådant samband övergår bevisbördan på patienten, som då har att bevisa att det föreligger "övervägande sannolikhet" för att skadan orsakats genom vården. Innebörden av detta begrepp förklaras inte närmare i motiven till lagstiftningen, utan det har överlämnats till rättstillämpningen att i varje enskilt fall avgöra när beviskravet anses uppfyllt.<sup>60</sup> Sambandet behöver inte till fullo vara klarlagt men det torde krävas att orsakssambandet är så tydligt att någon annan skadeorsak inte framstår som rimlig.<sup>61</sup> Det kan noteras att detta beviskrav anknyter till det lindrande beviskrav HD uppställt i vissa situationer inom skadeståndsrätten, särskilt vid svårutredda medicinska och tekniska förlopp.<sup>62</sup>

Sedan man konstaterat att det föreligger en personskada som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och att det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan orsakats genom vården återstår att bedöma om den aktuella skadan anses falla inom lagens tillämpningsområde.<sup>63</sup> De skador som enligt patientskadelagen berättigar till ersättning bestäms enligt PSL 6 § genom en upp- räkning av olika skadetyper. Rätt till ersättning utgår endast vid "felbehandlingar" och därigenom ges naturligt inte ersättning för ofrånkomliga komplikationer av medicinskt korrekta åtgärder.

---

<sup>55</sup> Hellbacher m fl. s 7

<sup>56</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 479

<sup>57</sup> Wilow, s 65

<sup>58</sup> Se PSL 18 §

<sup>59</sup> Se t.ex. SOU 2004:12 s 114

<sup>60</sup> Prop. 1995/96:187 s 31. Enligt motiven till lagen avses en säkerhet om mer än femtio procent. Se tex SOU 1994:75 s 84, SOU 2004:12 s 115

<sup>61</sup> Wilow s 30

<sup>62</sup> Prop 1995/96:187 s 30 f

<sup>63</sup> Se t.ex. SOU 2004:12 s 114 f

De skador som ersätts indelas i sex olika huvudtyper;<sup>64</sup>

- Behandlingsskada
- Materialskada
- Diagnosskada
- Infektionsskada
- Olycksfallsskada
- Medicineringskada

#### **4.1.1 Bristande informerat samtycke faller utanför**

PSL begränsas således till att endast omfatta vissa typer av skador varför lagen inte är heltäckande för uppkomna personskador i vården. Enligt den nu nämnda lagregleringen faller ersättningsanspråk baserade på ett bristande informerat samtycke utanför ramen för lagens tillämpningsområde. Detta så länge ingreppet varit medicinskt korrekt och de skador patienten anser sig drabbad av betecknas som ofrånkomliga komplikationer, och därmed inte betecknas som en behandlingsskada.<sup>65</sup> Den uppkomna skadan har då inte uppkommit på grund av felbehandling. PSL utgår från det objektiva medicinska händelseförloppet, varför frågan om bristfällig information och avsaknaden av samtycke saknar självständig betydelse vid bedömningen av patientens rätt till patientskadeersättning. Patienten har därmed ingen möjlighet att föra talan om patientskadeersättning på den grunden.<sup>66</sup> Trots att Patientförsäkringen och PSL säkerligen allmänt sett medfört förbättrade möjligheter till ersättning för patienter, har informations- och samtyckesproblematiken i sig en underordnad roll.<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> Se Hellbacher m fl s 12, För lagtextens ordalydelse se PSL 6 §. För en mer ingående beskrivning av de olika skadetyperna hänvisas till Wilow s 31-56

<sup>65</sup> Om ingreppet kunnat utföras på något annat sätt och skadan således undvikas erhåller patienten patientskadeersättning enligt PSL. Inte heller då utgör det bristande informerade samtycket någon självständig betydelse, men själva felbehandling – som orsakat skadan – faller inom ramarna för lagstiftningen.

<sup>66</sup> Prop. 1995/96:187 s 51

<sup>67</sup> Hedman s 116

#### **4.1.1.1 Motiven till utelämnandet samt remissinstansernas inställning**

Av naturliga skäl ställer jag mig därför frågan varför frågan om bristande informerat samtycke inte omfattas av PSL.

I samband med tillkomsten av PSL diskuterades huruvida bristande informerat samtycke skulle omfattas av lagen. Flera remissinstanser påpekade vikten av att frågan skulle få en för patienterna tillfredsställande lösning och gav förslag på att spörsmålet skulle regleras i PSL. Eftersom PSL i princip var tänkt att täcka alla skadefall som skulle kunna ge ersättning på skadeståndsrättslig grund, var uppfattningen från flera håll att det skulle framstå som problematiskt att utelämna bristande informerat samtycke från regleringen.<sup>68</sup> Utredningen ansåg visserligen att det fanns skäl för att ersättning skall kunna ges vid avsaknaden av informerat samtycke,<sup>69</sup> men gick egentligen inte längre än att föreslå att frågan *inte* borde omfattas av regleringen i PSL. Som allmänna skäl nämner utredningen bl.a. att frågan i USA givits en ersättningsrättslig relevans och att vårdgivarna där i allt större utsträckning kommit att kräva skriftliga medgivanden av patienten gällande åtgärder. Utredningen utpekade även risken för att skada det förtroendefulla förhållande mellan vårdpersonal och patient som skäl till att inte låta det bristande informerade samtycket få genomslag i PSL.<sup>70</sup> Dessa argument har bemötts i doktrin av bland andra Rynning. Att hänvisa till förhållanden i USA är enligt Rynning anmärkningsvärt. Förhållandena i USA torde härröra ur landets bristfälliga socialförsäkringssystem. Rynning menar att risken för att vårt system skulle drabbas av liknande problem torde vara obefintliga, "... så länge inte avsevärda förändringar genomförs såväl inom det svenska rättssystemet som inom hälso- och sjukvården". Vidare menar Rynning att ett erkännande av det bristande informerade samtycket snarare skulle kunna bidra till att öka förtroendet mellan vårdpersonal och patienten.<sup>71</sup>

Som ytterligare skäl till att inte låta frågan omfattas av PSL anfördes att det på grund av frågornas komplexa natur ansågs nödvändigt med ytterligare analys. Bland annat ansågs bevisläget i den här typen av fall vara alltför komplicerat – patientens ord står mot läkarens. Även svårigheterna att avgöra hur bristande

---

<sup>68</sup> Prop. 1995/96:187 s 50, SOU 1994:75 s 18

<sup>69</sup> SOU 1994:75 s 18, 142 f

<sup>70</sup> SOU 1994:75 s 143

<sup>71</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 482 f

information skall ersättas, samt ökade kostnader för en sådan ersättningsrätt anfördes som skäl. Rynning menar att nyssnämnda invändningar visserligen är "faktiska svårigheter" men att "huvudfrågans angelägenhetsgrad är ett sådant problem som likväl måste lösas".<sup>72</sup>

## **4.2 Skadestånd enligt allmänna regler**

### **4.2.1 Kort om förutsättningarna för rätt till skadestånd enligt SKL**

Patienter som anser sig drabbade av en skada orsakad av vårdpersonalens underlåtenhet att uppfylla kravet på informerat samtycke är alltså inte berättigade till ersättning via PSL utan är sålunda hänvisade till att föra talan om ersättning enligt allmänna skadeståndsrättsliga bestämmelser enligt SKL.<sup>73</sup>

SKL är enligt 1 § primärt utomobligatorisk, vilket innebär att den huvudsakligen reglerar skadeståndssituationer där det inte föreligger någon avtalsrelation mellan skadevållare och skadelidande. Lagen reglerar de grundläggande kraven för skadeståndsansvar. Enligt huvudregeln i 2 kap 1 § SKL, den så kallade culpapregeln, skall var och en som uppsåtligt eller av vårdslöshet vållar bland annat personskada ersätta skadan.<sup>74</sup> I 3 kap 1 § återfinns det så kallade principalansvaret, innebärande att den som har arbetstagare i sin tjänst skall ersätta den skada som arbetstagaren vållar genom fel eller försummelse i tjänsten. Principalansvaret åvilar vanligtvis landstingskommunerna<sup>75</sup> och vårdpersonalen blir inte skadeståndsansvariga för uppkommen skada.<sup>76</sup> Vid bedömning av om fel eller försummelse förekommit skall de förut nämnda lagrummen i hälso- och sjukvårdslagstiftningen beaktas.<sup>77</sup>

---

<sup>72</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 482

<sup>73</sup> Se 1 kap 1 § SKL. Wilow s 59, Prop. 1995/96:187 s 12

<sup>74</sup> Skadestånd till den som har tillfogats personskada omfattar enligt 5 kap 1§ SKL ersättning för sjukvårdskostnader och andra utgifter, inkomstförlust och för sveda och värk, lyte eller annat stadigvarande men samt olägenheter i övrigt till följd av skadan.

<sup>75</sup> Se t.ex. Hellbacher s 11 f

<sup>76</sup> Enligt 4 kap 1 § SKL finns dock vid synnerliga skäl visst utrymme för arbetstagarens eget skadeståndsansvar.

<sup>77</sup> Se kapitel 2, HSL 2 a, b §§, YHL 2 kap 1,2 §§ och PDL 5 §

Följaktligen krävs det för skadeståndsansvar att skadan på patienten i sig är ersättningsgill, att den orsakats inom hälso- och sjukvården och att den uppkommit på grund av vårdslöshet från vårdpersonalens sida.<sup>78</sup> Eftersom samtycket inom den svenska skadeståndsrätten anses utgöra en objektiv ansvarsfrihetsgrund,<sup>79</sup> måste det för skadeståndsansvar konstateras att patienten inte skulle ha genomgått ingreppet om han eller hon erhållit tillfredsställande information.

Frågan är hur det bristande informerade samtycket bedömts i praxis. Nästkommande kapitel redogör utförligt för detta.

---

<sup>78</sup> Prop. 1995/96:187 s 12

<sup>79</sup> Hellner, Skadeståndsrätt s 123, Agell, Samtycke och Risktagande s 19

## 5 AVGÖRANDE ENLIGT SKADESTÅNDSLAGEN

Uppsatsens spørsmål, om det bristande informerade samtyckets ersättningsrättsliga betydelse kom, genom det så kallade Nervtrådsfallet, att bli föremål för bedömning i HD på 1900-talet. Detta avgörande är betydelsefullt eftersom det är det första i sitt slag beträffande den aktuella rättsfrågan. Därefter finns åtminstone två relevanta avgöranden. Dessa rättsfall är mig veterligt de enda som behandlat patientens rätt till ersättning utifrån ett bristande informerat samtycke. Därför är de för den fortsatta framställningen kommer att vara betydelsefulla. Av utrymmesskäl väljer jag att utelämna underinstansernas domar och lägger istället fokus på parternas inställningar, uttalade från Patientskadenämnden samt de avgörande domskälen.

### 5.1 Nervtrådsfallet<sup>80</sup>

Patient Kerstin H anförde att hon fått skador i samband med en höftoperationen, bestående i att hon fått ytterligare smärtor och svårt att gå, då läkarna vid operationen skurit av en nerv. Hon åberopade vårdslöshet hos läkarna och att landstinget, såsom arbetsgivare till läkarna, ådragit sig skadeståndsansvar. Läkarna hade före operationen varken informerats om att en nervavskärning kunde ske eller vilka risker som var förknippade med ingreppet. Kerstin H menade att hon före ingreppet endast informerats om och samtyckt till att nerven skulle "luckras upp".

Landstingskommunen motsatte sig skadeståndsskyldighet och anförde bland annat att Kerstin H:s samtycke till operationen underförstått måste anses omfatta även nervavskärningen, särskilt som denna var ett litet ingrepp och en medicinskt riktig åtgärd. Landstingskommunen anförde även att den situation som uppstod vid operationen – att nerven behövde skäras av – närmast kunde anses vara att lika vid en nödsituation, eftersom det skulle vara mycket svårt att utföra en ny operation. Vidare hävdade landstingskommunen att operationen utförts lege artis – enligt vetenskap och beprövad erfarenhet - och att någon ersättningsbar skada inte uppkommit, trots att operationen inte resulterat i önskad effekt.

Före avgörandet i HD gav Patientskadenämnden sina synpunkter på fallet. Nämnden anförde bland annat att informationsfrågan inte bör ges någon

---

<sup>80</sup> NJA 1990 s 442

självständig betydelse för ersättning, istället skall det objektiva medicinska händelseförloppet utredas och "ersättning utgå respektive inte utgå i princip helt oberoende av huruvida information om de risker som är förknippade med behandlingen har lämnats eller inte". Samtidigt uttalade nämnden att patienterna "självfallet skall [...] ha så fullständig information som det bara är praktiskt möjligt att lämna". Men uttalar vidare att "de förvaltningsrättsliga normer som lagen innehåller i nyss nämnt avseende i sig inte motiverar skadeståndsansvar".

HD hänvisar i domskälen till informationskyldigheten och fann att patienten Kerstin H haft rätt att få vetskap om att en nervavskärning kunde komma att bli aktuell, vilka möjliga risker och komplikationer som var förenade med en åtgärd av den karaktären. Eftersom Kerstin H inte informerats om att nerven kunde komma att skäras av, ansåg HD att hon inte kunnat lämna ett preciserat samtycke till åtgärden. Att stadgandet i HSL 2 a § tillkommit efter den i målet aktuella operationen – år 1970 – saknar enligt HD betydelse då informationskyldigheten i princip hade samma omfattning vid denna tid. HD ansåg med anledning av utredningen i målet att de opererande läkarna före operationen räknat med möjligheten av att en sådan åtgärd (nervavskärningen) kunde behöva vidtas och således haft möjlighet att informera patienten om detta. Domstolen uttalar sig vidare angående räckvidden av ett allmänt samtycke och säger att ett sådant inte kan anses omfatta samtliga medicinska korrekta åtgärder, men att *vissa* medicinska åtgärder måste kunna företas med stöd av ett allmänt samtycke till operation. I nu förevarande fall ansåg HD att det allmänna samtycke som Kerstin H lämnat till sin operation inte underförstått kunde anses ha omfattat den nervavskärning som företogs. HD ansåg däremot att "det förhållande att nervavskärningen skett utan att Kerstin H på förhand informerats om åtgärden och utan hennes samtycke inte utan vidare medför att landstingskommunen såsom ansvarig för vederbörande läkares handlande har ådragit sig skadeståndsskyldighet gentemot Kerstin H". HD anförde att nervavskärningen var den medicinskt riktiga åtgärden när operationen framskridit så långt som den gjort. Ingreppet kunde enligt HD förväntas medföra nytta för Kerstin H, och var inte förenat med annat än en mindre risk för komplikationer. Vidare ansågs det utrett att det knappast skulle varit möjligt att skära av nerven vid ett senare tillfälle, eftersom ärrbildning skulle göra det mycket svårt att återfinna nerven. HD ansåg läkarnas handlande försvarligt. Skadeståndstalan ogillades.

### 5.1.1 Kommentrar

Kritiken efter HD:s avgörande var massiv, delvis på grund av att det ur ett ersättningsrättsligt perspektiv betecknats som svårtolkat.<sup>81</sup>

Det som trots allt först kan konstateras är att HD slår fast *att* patienten i fråga haft rätt att *före* ingreppet få tillfredsställande information samt att patienten i målen *inte* lämnat samtycke till ingreppet. Inom den svenska skadeståndsrätten anses samtycke som bekant utgöra en objektiv ansvarsfrihetsgrund.<sup>82</sup> Trots avsaknaden av samtycke erkändes inte patienten skadestånd. Agell menar att "när HD låtit skadeståndsansvar utebli, trots att domstolen uppställt samtycke [och information] som krav för att ett riskskapande skall vara tillåtet, förvandlas tydligen kravet [...] till ett i viss utsträckning enbart medicinsk-etiskt krav utan skadeståndsrättslig relevans".<sup>83</sup>

HD uttalade att ett bristande informerat samtycke "inte utan vidare" kunde medföra rätt till ersättning. Vad HD menar med detta är inte helt tydligt och det är framför allt denna del i domen som kommit att kritiserats. Agell menar att detta uttalande *kan* tolkas som om avsaknaden av samtycke inom vården aldrig berättigar till ersättning. Samtidigt framhåller han att en sådan tolkning kan vara att gå väl långt.<sup>84</sup> Rättsfallet ger inga klara besked, men sannolikt torde det i vart fall bereda möjlighet till skadestånd då den företagna åtgärden inte varit medicinskt försvarbar, men att omständigheterna i detta fall varit speciella. Möjligen krävs det för patientens rätt till ersättning att åtgärden varit förenad med risk för icke obetydliga komplikationer.<sup>85</sup> Även Andersson betonar att det måste ligga närmast till hands att tolka domen som att riskerna vid en samlad bedömning *i detta fall* inte konstituerade skadeståndsansvar.<sup>86</sup>

Agell knyter i sitt resonemang an till riskerna med ingreppet. Han menar att då samtycke från patienten saknas till ett ingrepp, som på grund av risken för oväntade effekter inte bör få företas utan samtycke, så måste skadeståndsansvar

---

<sup>81</sup> Se t.ex. Agell, JT 1990/91 s 444 f, Andersson, s 430

<sup>82</sup> Hellner, Skadeståndsrätt s 123, Agell, Samtycke och Risktagande s 19

<sup>83</sup> Agell, JT 1990/91 s 446

<sup>84</sup> Ibid s 444

<sup>85</sup> Willow, s 60

<sup>86</sup> Andersson, s 434



inträda.<sup>87</sup> Agell framhåller vidare att han för egen del är ”obenägen att inom sjukvårdsområdet ge upp sambandet mellan å ena sidan kravet på information och samtycke till vissa risker och å andra sidan skadeståndsansvar enligt culpa-regeln, om en aktuell risk leder till skada”. HD utgår alltså inte från en sedvanlig skadeståndsrättslig bedömning och tycks på så vis ge upp sambandet mellan det bristande informerade samtycket och de risker/skador som kan medföra culpaansvar.<sup>88</sup>

Trots att domstolen alltså konstaterat avsaknaden av samtycke, samt att sådant bort inhämtas fokuserar domskälen alltjämt på åtgärdens försvarlighet som avgörande för utgången i målet. Den mest intressanta rättsfrågan, huruvida vårdpersonalens agerande utgjort ett culpaansvar genom att överhuvudtaget börja operera utan föregående informerat samtycke kom därför att hamna i skymundan. Domen kritiserar vidare av Rynning eftersom förutsättningarna för åberopande av en slags nödrätt är att det inte varit möjligt att få ett giltigt samtycke från patienten. Den i fallet nödliknande situationen uppkom först när det kirurgiska ingreppet *inletts* – och orsakades därigenom direkt av läkarnas underlåtenhet att före ingreppet inhämta patientens samtycke. Situationen hade således kunnat undvikas eftersom det *före* påbörjandet av åtgärden varit fullt möjligt att inhämta samtycke, eftersom det då inte förelåg någon nödliknande situation.<sup>89</sup>

## **5.2 Snarkoperationsfallet<sup>90</sup>**

Så till det andra rättsfallet som behandlat spörsmålet. En patient, Jan O, yrkade att han var berättigad till ersättning för skador som uppkommit vid en snarkoperation. Patienten hade drabbats av besvär bestående i bland annat kräkningar då han höjde rösten, en känsla av att maten vid födointag åkte bakvägen upp i näsan (sk. regurgiation) samt kvarstående smärta. Patienten anförde att han före ingreppet inte blivit informerad om riskerna för regurgitation och att han vid vetskap om dessa inte hade valt att genomföra operationen.

Landstinget motsatte sig skadeståndsansvar och anförde bland annat att läkaren hade informerat patienten om operationen och dess risker i enlighet med den

---

<sup>87</sup> Agell, JT 1990/91 s 446

<sup>88</sup> Ibid s 448

<sup>89</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 633

<sup>90</sup> Dom i mål nr T 239/96 den 3 mars 1999, Hovrätten för Nedre Norrland.

vetenskap och beprövade erfarenhet som förelåg vid operationstillfället. Landstinget hänvisade även till sedvanan i Sverige, att något skriftligt dokument rörande riskerna inte överlämnas till patienten. Vidare anfördes att all information inte heller antecknas i journalen. Landstinget menade att det handlar om ett förtroende läkare och patient emellan. De ansåg att patienten fått nödvändig information och det som inte nämnts har inte varit nödvändigt att nämna.

Hovrätten konstaterar att den aktuella operationen inte varit nödvändig ur medicinsk synvinkel utan att Jan O valt att bli opererad i avsikt att förbättra sin allmänna livssituation. Det har i målet ansetts ostridigt att patienten drabbats av en skada. Hovrätten skriver i sina domskäl att det av utredningen framgår att det vid tiden för operationen var känt att regurgitation kunde följa på snarkoperationer, samt att denna risk inte kan betraktas som ett bagatellartat eller obetydligt besvär. Domstolen uttalar vidare att Jan O därför "borde ha informerats om denna risk så att han fått möjlighet att mot bakgrund av den informationen bestämma om han skulle underkasta sig den tilltänkta operationen, särskilt som operationen inte varit medicinskt nödvändig för honom". De allmänna journalanteckningarna kan enligt domstolen inte utgöra stöd för att patienten erhållit adekvat information om de aktuella riskerna. Jan O kunde enligt domstolens mening därmed inte anses ha samtyckt till att underkasta sig riskerna med operationen. Landstinget såsom ansvarigt för sjukvårdspersonalens handlande förklarades ansvarigt och skyldigt att utge ersättning till patienten Jan O.

### **5.2.1 Kommentar**

Av Snarkoperationsfallet framgår således att ett bristande informerat samtycke kan utgöra grund för ersättningsansvar.

I förevarande rättsfall uttalar domstolen att vårdpersonalen haft skyldighet att informera patienten om riskerna med ingreppet. Vidare konstateras att patienten därför inte kunnat ge samtycke till den skada som uppstått. Så långt överensstämmer avgörandet således med det tidigare Nervtrådsfallet, men - patienten i nu förevarande fall fick däremot rätt till skadestånd. Jag ställer mig därför frågan varför utgången i detta mål blivit rakt motsatt. Båda patienterna (Kerstin H och Jan O) har drabbats av en skada vars risk de inte fått information och därför inte ansetts ha lämnat samtycke. Båda operationerna har som sådana också utförts medicinskt korrekt.

Såsom jag tolkar det är den motsatta utgången sannolikt beroende av framförallt två faktorer. Den ena faktorn är den *medicinska nödvändigheten* av ingreppet och den andra *karaktären av den risk* patienten utsatts för.

Det ingrepp Jan O genomgick företogs med förhoppning om att förbättra hans allmäntillstånd och var således inte nödvändigt, ur medicinsk synvinkel. Operationen på Kerstin utfördes däremot av medicinska skäl. En uppfattning som förekommer i doktrin är att det generellt sett torde det vara lättare att motivera patientens rätt till skadestånd vid icke medicinskt nödvändiga ingrepp eftersom det då är mer troligt att patienten vid vetskap om riskerna valt att avstå från ingreppet. Ju viktigare behandlingen är för patientens hälsa desto svårare lär det därför vara att godta ett påstående om att denne skulle avböjt behandlingen om fullgod information lämnats.<sup>91</sup>

Den risk som Jan O inte fått information om betecknades enligt domstolen som vare sig bagatellartad eller obetydlig. Den vårdåtgärd som genomfördes på Kerstin H kunde enligt domstolen inte anses förenad med annat än en mindre risk för komplikationer. Åtgärden som företogs utan Kerstin H:s samtycke kunde dessutom förväntas medföra nytta för henne. Således skiljer sig rättsfallen mycket åt. Det får förmodas att det framför allt är förekomsten eller avsaknaden av medicinsk indikation samt karaktären av den risk som patienterna utsatts för som haft stor betydelse för bedömningen och den motsatta utgången.

I detta sammanhang kan även nämnas att Snarkoperationsfallet tyder på att bevisbördan avseende fullgott informerat samtycke åvilar vårdgivaren och att en generell journalanteckning inte kan utgöra stöd för att kraven uppfyllts.

---

<sup>91</sup> Andersson, s 433

### 5.3 Tumöroperationsfallet<sup>92</sup>

Det tredje rättsfallet har jag valt att benämna Tumöroperationsfallet. Frågan var om den opererande läkarens arbetsgivare ådragit sig skadeståndsskyldighet på grund av att läkaren före operationen förfarit vårdslöst genom att inte informera patienten om riskerna med operationen.

Fallet handlar om en man, Tesfay B, som anförde att han drabbats av en skada till följd av den genomförda operationen då det avlägsnades en tumörutväxt på huvudet. Operationen gick bra, men efter en tid tillstötte komplikationer bland annat bestående i en högersidig förlamning. Tesfay B anförde att vårdpersonalen brustit i sin informationsskyldighet enligt HSL 2 a § eftersom de inte informerat patienten om vilka risker som var förenade med ingreppet. Patienten har uppgett att vårdpersonalen garanterat att utväxten på skallen var ofarlig. Tesfay B menade att han vid full vetskap om risken för komplikationerna samt riskerna vid ett avstående av operationen, inte skulle ha genomgått ingreppet.<sup>93</sup>

Landstinget motsatte sig skadeståndsansvar och anförde att läkaren uppfyllt sin upplysningsplikt. Vidare anfördes bristande kausalitet mellan den påstådda otillräckliga riskinformationen och Tesfay B:s skada. Enligt landstinget är det inte antagligt att Tesfay B skulle ha avstått från operationen på grund av informationen, eftersom en fortsatt levnad med tumören skulle lett till ytterligare skador.

Huvudfrågan i målet är huruvida läkaren informerat patienten om de risker för komplikationer med åtföljande skador som kunde uppkomma. Domstolen konstaterar inledningsvis att riskerna (för blödningar, infektioner och förlamning) ingått i HSL:s informationsskyldighet. Domstolen anser att det saknas anledning att anta att läkaren skulle ha begränsat sin information på det sätt som patienten gjort gällande. Däremot uttalar domstolen att det inte kan anses utrett att den information som lämnats patienten uppfyllde de krav som HSL 2 a § ställer. Domstolen uttalar vidare att detta ställningstagande emellertid inte automatiskt berättigar Tesfay B skadestånd. Domstolen hänvisar till NJA 1990 s 442 (Nervtrådsfallet) och uttalar härefter att bestämmelsen i HSL delvis kan antas tillgodose även etiska krav inom sjukvården och skyddet för patientens integritet.

---

<sup>92</sup> RH 1999:115

<sup>93</sup> Patienten anmälde även skadan till Patientförsäkringar, men anmälningen avskrevs där eftersom skadan inte kunde anses ha uppkommit genom felbehandling.

Domstolen finner det emellertid onödigt att göra en "särskild prövning av om hur informationsbrist som må ha förelegat också medfört rätt till skadestånd". Oavsett hur det förhåller sig ansågs landstinget inte vara skadeståndsskyldigt, då domstolen ansett sig kunna utgå ifrån att Tesfay B om han delgivits fullständig information om tumörsjukdomen inte hade avstått från operation. Detta med tanke på sjukdomens allvarliga förlopp och den obetydliga risken för allvarigare komplikationer vid operationen.

### 5.3.1 Kommentar

I fallet med Tesfay B får det enligt mig framstå som tydligt att domstolen siktat in sig på huruvida orsakssamband förelegat mellan den bristande informationen och den skada patienten drabbats av. Domstolen klarar sig undan att ta ställning till huruvida informationsbristen varit vårdslös genom att framhålla att patienten vid vetskap om riskerna *ändå* skulle ha genomgått operationen. Detta med hänvisning till sjukdomstillståndets allvarliga händelseförlopp och den obetydliga risken för allvarigare komplikationer.

Beträffande orsakssambandet går denna uppfattning även att finna i doktrin. Lehtonen och Andersson menar att ju viktigare behandlingen är för patientens hälsotillstånd, desto svårare lär det bli att godta ett påstående från patienten att denne skulle ha avböjt behandlingen om viss fakta givits honom.<sup>94</sup> Vad en större risk för allvarliga komplikationer hade haft för betydelse i fallet är svårt att säga. Sannolikt hade en större risk för allvarliga komplikationer i högre grad talat för ersättning, men även i sådant fall måste det anses tveksamt att patienten skulle valt att avstå behandlingen. Även då skulle det troligen brista i det skadeståndsrättsliga kravet på kausalitet.

Domstolen nämner att kraven på det informerade samtycket delvis tillgodoser etiska krav inom sjukvården och skyddet för patientens integritet. Att domstolen dock uttalat att det *i detta fall* saknats anledning att göra en särskild prövning av huruvida informationsbristen också medfört skadeståndsansvar, torde kunna tolkas som om ett bristande informerat samtycke mycket väl i andra fall *kan* grunda skadeståndsansvar.

---

<sup>94</sup> Andersson, s 433

## 6 AVGÖRANDE I PATIENTSKADENÄMNDEN

Det har tidigare i denna uppsats konstaterats att frågan om bristande informerat samtycke faller utanför PSL:s tillämpningsområde. Trots detta förekommer det att Patientskadenämnden rekommenderat utgivande av ersättning till patienten i sådana fall.<sup>95</sup> Rynning framhåller att patientskadenämnden i praktiken fått ta ställning till samtliga former av ersättningsanspråk ifrån patienter, och således även anspråk på grund av bristande informerat samtycke.<sup>96</sup> För att ytterligare belysa rättsläget beträffande ett bristande informerat samtycke följer nedan ett urval av fall mellan åren 1999-2006 där Patientskadenämnden haft att ta ställning till den skadeståndsrättsliga betydelsen.<sup>97</sup> I så gott som samtliga fall konstaterar PSN till att börja med att frågan faller utanför PSL:s tillämpningsområde, för att därefter göra en bedömning enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

### 6.1 Rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund

#### 6.1.1 PRS 2000:08<sup>98</sup>

Ärendet gällde en tjugofemårig man som genomgått en operation där det avlägsnades en svulst vid höger ögonlock. Patienten anmälde skada bestående i försämrade ögonmotorik, dubbelseende samt nedsatt tårproduktion. Han uppgav att han inte blivit tillräckligt informerad om ingreppet och riskerna med detta. Om han hade fått korrekt information skulle han inte ha samtyckt till åtgärden. Av den information som lämnats patienten framgick inget som befarade allvarliga komplikationer. Patientskadenämnden ansåg att läkaren brustit i sin informations-skyldighet angående riskerna med ingreppet, vilket medfört att patienten inte kunnat lämna ett preciserat samtycke. Patienten har uppgett att han vid vetskap om riskerna inte skulle ha genomgått operationen, och nämnden fann inte skäl att

---

<sup>95</sup> Patientskadenämnden har att avge rådgivande yttranden i ärenden om ersättning enligt den frivilliga patientförsäkringen eller enligt PSL. Nämnden kan dock, genom försäkringsavtalet, även yttra sig över skadeståndsrättsliga krav från patienten, vilka egentligen faller utanför patientförsäkringen och PSL:s tillämpningsområde. Notera att nämnden emellertid inte avgör ärendena. Se Hellbacher m fl. s 42 och Rynning s 483

<sup>96</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 483

<sup>97</sup> Jag har tittat på fall ur Patientskadenämndens referatsamling under åren 1999-2006. [www.pff.se/upload/Referatsamling.pdf](http://www.pff.se/upload/Referatsamling.pdf) samt [www.pff.se/upload/Referat.pdf](http://www.pff.se/upload/Referat.pdf) Samtliga fall som berör frågan om informerat samtycke: PRS 1999:03, PRS 2000:7, PRS 2000:8, PRS 2000:9, PRS 2001:16, PRS 2002:05, PRS 2000:09, PRS 2003:03, PRS 2003:10, PRS 2006:03, PRS 2006:09.

<sup>98</sup> Dnr 370/2000

ifrågasätta detta. Kausalsamband mellan underlåtenheten att informera och de uppkomna skadorna har därför ansetts föreligga. Patienten berättigades ersättning.

### **6.1.2 PRS 2001:16<sup>99</sup>**

En då 57-årig man med en blåsbildning på näthinnan genomgick en ögonoperation. Patienten anmälde som patientskada att han drabbats av kraftig synförsämring. Före ingreppet hade han relativt god syn men har efter behandlingen i princip förlorat synen på ena ögat. Patienten anförde att han före operationen fått veta att riskerna med ingreppet var obefintliga. Patientskadenämnden motiverade rätt till ersättning med att behandlingen genomförts utan patientens klara medgivande.

### **6.1.3 PRS 2006:09<sup>100</sup>**

Detta fall handlar om en medelålders kvinna som genomgått en sk. brobehandling hos privattdandläkare. Patienten anmälde att hon drabbats av skada (förlust av två friska tänder) till följd av bristande samtycke till behandlingen då tandläkaren underlåtit att informera henne om den behandling som genomförts. Patienten har uppgett att om hon inte känt till omfattningen och konsekvenserna av ingreppet. Patientskadenämnden ansåg orsakssamband föreligga mellan den försumliga underlåtenheten att informera och inhämta samtycke och den uppkomna skadan. Ersättning medgavs.

## **6.2 Inte rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund**

### **6.2.1 PRS 2000:09<sup>101</sup>**

En äldre man genomgick en bypass-operation på grund av kärlkramp. Ett antal år efter denna operation genomfördes en operation, där en nerv på insidan av bröstkorgen skars av. Denna operation utfördes komplikationsfritt men efter ett tag fick patienten smärtan tillbaka samt även en nytillkommen smärta bakåt i ryggen. Patienten anmälde att han borde ha informerats om risken för de komplikationer han drabbats av. Patientskadenämnden uttalade att läkarens informationsskyldighet inte kan anses omfatta alla tänkbara risker och komplika-

---

<sup>99</sup> Dnr 509/2001

<sup>100</sup> Dnr 433/2006

<sup>101</sup> Dnr 655/2000

tioner som ett ingrepp kan leda till. Nämnden ansåg att det smärttillstånd patienten drabbats av är mycket ovanligt och därför kan den bristande informationen inte anses vårdslös. Rätt till ersättning ansågs därför inte föreligga.

#### **6.2.2 PRS 2003:03<sup>102</sup>**

Ärendet gällde en medelålders man som sedan barndomen haft ett blåsljud på hjärtat. Patienten genomgick en hjärtoperation och anmälde att han därefter drabbats av en hjärnskada efter användande av hjärt-lungmaskin. Han anförde att han före operationen inte fått information om att det kunde finnas risk för hjärnskador under operationen. Vårdpersonalen hade uppgett att det handlade om en riskfri rutinoperation. Patientskadenämnden ansåg inte någon ersättningsbar patientskada föreligga och motiverade detta enligt följande. Om operationen inte hade utförts hade patienten inom en snar framtid avlidit. Ingreppet var medicinskt motiverat och ingreppet hade inte kunnat utföras utan hjärt-lungmaskinen. Även om patienten hade fått fullständig information om riskerna med ingreppet hade han med största sannolikhet ändå genomgått aktuell operation. Något orsakssamband mellan den eventuellt bristfälliga informationen och patientens hjärnskada ansågs därför inte föreligga. Rätt till ersättning ansågs därför inte heller i detta fall föreligga.

#### **6.2.3 PRS 2006:03<sup>103</sup>**

En äldre man hade genomgått en operation, där en tumör på höger underben tagits bort. Patienten anmälde som patientskada att läkaren vid operationen även skurit av en frisk och kraftig vadmuskel. Detta gjordes enligt patienten helt utan föregående information och samtycke. Patienten hänvisade till att vården skall bygga på patientens självbestämmanderätt. Patientskadenämnden framhöll dock att det inte fanns stöd för sådan bristande information att det uppkommit ansvar enligt allmänna skadeståndsrättsliga bestämmelser.

---

<sup>102</sup> Dnr 224/2003

<sup>103</sup> Dnr 739/2005



### 6.3 Kommentarer till avgörandena

Notera att patientskadenämnden vid tiden för Nervtrådsfallets avgörande, dvs. före PSL:s införande, starkt argumenterade *emot* rätten till ersättning i fall som dessa. I och med att nämnden efter HD:s avgörande i Nervtrådsfallet erkänt patienten skadestånd tycks de tolkat HD:s dom som om medicinskt motiverade ingrepp företagna utan samtycke mycket väl *kan* medföra skadestånd.<sup>104</sup> Med nu nämnda avgöranden får det framstå som rimligt att det tagits några steg i utvecklingen mot en mer patientfokuserad bedömning. PSN tycks således numera benägna att rekommendera patienten rätt till skadestånd *även i andra fall* än där ingreppet enbart företagits för att förbättra ett allmäntillstånd<sup>105</sup>, under förutsättning att samband konstateras föreligga mellan skadan och vården samt att den risk patienten utsatts för anses ha uppnått en viss nivå. Däremot tycks det fortfarande framstå som om bristande informerat samtycke vid livsnödvändiga ingrepp inte berättigar patienten ersättning.<sup>106</sup> Även om patienten skulle fått information skulle han med all sannolikhet ha genomgått ingreppet, det ersättningsrättsliga kravet på kausalitet blir en för tung börda för patienten.

Denna framställning har tidigare påvisat att informationsskyldighetens räckvidd och gränser är otydlig och i ett uttalande från patientskadenämnden synliggörs detta genom att en mycket ovanlig komplikation inte ansetts omfattas av denna skyldighet.

Klart är att ett bristande informerat samtycke kan utgöra grund för skadeståndsansvar. Även om PSL i sig inte erkänner bristande informerat samtycke som ersättningsgrund för patientskadeersättning har patientskadenämndens bedömningar säkerligen varit betydelsefulla. Värt att notera i detta sammanhang är dock att patientskadenämndens yttranden många gånger är tämligen bristfälliga vad gäller motiveringen, och därför inte går att jämföra med avgöranden i domstol.<sup>107</sup>

---

<sup>104</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 485

<sup>105</sup> Se Snarkoperationsfallet

<sup>106</sup> Se liknande resonemang i Tumöroperationsfallet.

<sup>107</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 487

## DEL 4

### 7 NÄRMARE OM NÅGRA FRÅGOR

Med utgångspunkt i SKL diskuteras i detta kapitel frågor beträffande culpa-bedömningen samt viss bevis- och kausalitetsproblematik. Vidare diskuteras huruvida ett bristande informerat samtycke skulle kunna betraktas som en kränkning av patientens självbestämmanderätt. I detta kapitel upptas även frågan om det kan finnas skäl att reglera ett bristande informerat samtycke i PSL.

#### **7.1 Culpabedömning och skadebringande moment**

För att skadeståndsansvar skall uppkomma krävs att skadevällaren av vårdslöshet handlat på ett icke godtagbart sätt.<sup>108</sup> Handlingen eller underlåtenheten skall framstå som klandervärd.<sup>109</sup> Vad gäller underlåtenhet att uppfylla vissa normer uppställs till viss del strängare krav för att skadeståndsansvar skall inträda. I dessa fall krävs att definierade handlingsnormer inte uppfyllts.<sup>110</sup> Tidigare i denna framställning redogjordes för den hälso- och sjukvårdsreglering som stadgar krav på informerat samtycke. Numera anses det knappast råda några tveksamheter gällande att kraven kan sägas utgöra en rättslig skyldighet. Utgångspunkten är en omfattande informationsskyldighet, men samtidigt kan inte alla tänkbara risker och komplikationer förknippat med ett ingrepp anses ingå i vårdpersonalens informationsskyldighet.<sup>111</sup> HSL innehåller inga fasta kriterier för vad det informerade samtycket skall innehålla, mer är att kravet måste stå i rimlig proportion till det planerade ingreppet.<sup>112</sup> Lagstadgandena är oprecist och allmänt formulerade och informationsskyldigheten är beroende av patient till patient, vilket naturligt medför en komplicerad culpabedömning.<sup>113</sup> Ofta handlar det också om svåra medicinska förhållanden. Sammantaget innebär detta att en

---

<sup>108</sup> Hellner, Skadeståndsrätt, s 88

<sup>109</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 458

<sup>110</sup> Se bland annat Hellner s 75 ff, Hellbacher m fl. s 42

<sup>111</sup> Se avsnitt 2.2 och Hellbacher m fl, s 42

<sup>112</sup> Hellbacher m fl, s 42

<sup>113</sup> SOU 2004:12 s 37

ansvarsbedömning blir svår att förutse för såväl patienten, vårdpersonalen och vårdgivaren.<sup>114</sup>

Med bakgrund av bland annat domstolsavgöranden framgår det dock att ett bristande informerat samtycke i *vissa fall* kan konstituera skadeståndsansvar. Utslagsgivande för ersättningsansvar har i vissa fall varit storleken på den risk som den oinformerade patienten utsatts för. En hög risk för icke obetydliga komplikationer tycks lättare konstituera ansvar. Även andra faktorer har spelat roll. I Nervtrådsfallet kunde ingreppet som företogs utan samtycke även antas medföra nytta för patienten, och underlåtenheten att informera och inhämta samtycke ansågs delvis därför inte utgöra grund för ersättningsansvar.

I så gott som samtliga rättsfall och avgöranden från patientskadenämnden återfinns resonemang utifrån ett helhetsperspektiv, med fokus på det faktiska genomförandet av ingreppet. Det bristande informerade samtycket har inte *ensamt* givits någon avgörande betydelse i sig, men klart är att det utgjort *en del* av culpabedömningen. Rynning anser emellertid att såväl underlåtenheten att informera och underlåtenheten att inhämta samtycke, likväl som det faktiska genomförandet i sig skulle kunna utgöra skadeorsak.<sup>115</sup> Agell anser att den skada patienten drabbats av bör anses orsakad av det faktiska genomförandet av ingreppet och att skadeförloppet torde betraktas som en enhet.<sup>116</sup> Agell menar att det bristande informerade samtycket endast bör vara en del i culpabedömningen.<sup>117</sup> Rynning anser dock att vårdpersonalens vårdslöshet istället torde utgöras av just underlåtenheten att informera och inhämta samtycke, utan närmare fokus på själva ingreppet. Rynnings uppfattning är att det faktiska genomförandet av ingreppet i och för sig alltid torde utgöra den direkta orsaken till den uppkomna skadan, men att det för ett logiskt resultat är nödvändigt att se skadan indirekt orsakad av en försumlig underlåtenhet att informera och samråda med patienten. Rynning menar även att det då inte behöver tas hänsyn till ingreppets grad av försvarlighet eftersom bedömningen fokuserar på underlåtenheten, vilken härrör från en tidpunkt före det faktiska genomförandet.<sup>118</sup> Tydligt är dock att såväl domstol som patientskadenämnden vid bedömningen av

---

<sup>114</sup> Prop. 1995/96:187 s 12 f

<sup>115</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 458 ff

<sup>116</sup> Agell, Patient's Rights, s 94

<sup>117</sup> Agell, JT 1990/91 s 448 ff

<sup>118</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 462 f

ersättningsansvaret beaktat det bristande informerade samtycket och det faktiska genomförandet av vårdåtgärden utifrån ett helhetsperspektiv.

## **7.2 Bevisbördan för bristande informerat samtycke**

En annan viktig fråga rörande det informerade samtycket är placeringen av bevisbördan vid talan om skadestånd enligt SKL. Utgångspunkten är att patienten har att visa på förekomsten av ersättningsgill skada, culpa samt orsakssamband. I fall om skadestånd på grund av bristande informerat samtycke är bevisfrågorna emellertid mer komplicerade, eftersom de lagstadgade kraven på information och samtycke gör att det just är *underlåtenheten* att uppfylla dessa som utgör det klandervärda beteendet och således grund för skadeståndsansvar.<sup>119</sup>

Rynning framhåller att eftersom kravet på informerat samtycke uttryckligen stadgas i lagstiftningen kan visserligen skäl tala för att bevisbördan åvilar patienten. Bristen utgör ju just det fel eller den försummelse som läggs personalen till last.<sup>120</sup> Rynning säger sig dock se uppenbara problem vad gäller patientens möjlighet att bevisa att han eller hon *inte* blivit informerad. Patienten är oftast inte medicinskt skolad och kan därför inte förväntas ha tillräckliga kunskaper. Även Hellner och Agell anser att bevisbördan vid den här typen av skadeståndsfall torde åvila den skadevällande. Till skillnad från vårdpersonalen har patienten vanligtvis inte fört anteckningar om vad som sagts under vårdbesöket.<sup>121</sup> Rynning tillägger dock att det inte heller är helt problemfritt att lägga bevisbördan för fullgjorda skyldigheter på vårdpersonalen. Personalen skulle alltså just i informations- och samtyckesfallen ha bevisbördan för att fel eller försummelse *inte* förelegat.<sup>122</sup> Det kan även uppfattas inkonsekvent att låta patienten ha bevisbördan för övrig vårdslöshet inom hälso- och sjukvården, medan bevisbördan för det informerade samtycket åläggs vårdpersonalen.<sup>123</sup> Trots detta kan det med bakgrund av bland annat rättsfallet Snarkoperationsfallet

---

<sup>119</sup> Hellner, Skadeståndsrätt, s 97, Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 470

<sup>120</sup> Ibid s 470

<sup>121</sup> Agell, JT 1990/91 s 449, Agell, Samtycke och Risktagande, s 28 f, Hellbacher m fl, s 42. Generellt sett torde bevisbördan vid samtycke åvila skadevällaren. Dock råder det fortfarande oklarhet gällande graden av denna bevisbörda.

<sup>122</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 471

<sup>123</sup> Foxberg, s 376

tolkas som om det är vårdpersonalen som skall visa att information lämnats och att samtycke inhämtats. Min egen uppfattning om detta är att bevisbördan för det informerade samtycket numera inte kan vålla några större svårigheter för vårdgivaren. Numera stadgas det som bekant ett tydligt krav på informationsanteckningar i PDL.<sup>124</sup> Om sådana saknas torde det heller inte vara orimligt att hävda att avsaknaden av anteckningar till och med skulle kunna medföra en presumtion för att information inte lämnats och samtycke inte inhämtats.<sup>125</sup> För detta talar även ett domstolsuttalande i rättsfallet Snarkoperationsfallet. Där angavs att en allmän journalanteckning knappast kan utgöra stöd för att adekvat information givits till patienten. Hur omfattande och preciserad en journalanteckning bör vara för att uppfylla bevisbördan är svårt att säga. Kraven går inte att bedöma utifrån någon standard eftersom behovet av information och informationsinnehållet skiftar från patient till patient.

### **7.3 Krav på kausalitet**

Trots att patienten alltså eventuellt erhållit en bevislättning vad gäller informationsbristen vid bedömning enligt SKL åvilar det patienten att bevisa orsaksamband mellan det bristande informerade samtycket och den uppkomna skadan. I Nervtrådsfallet beaktade HD inte frågan om kausalitet mellan skadan och det bristande informerade samtycket, vilket också kritiserades. I senare rättsfall samt avgörandena i patientskadenämnden framgår dock tydligt ett inriktande på samband mellan uppkommen skada och det bristande informerade samtycket.

För konstaterandet av kausalitet måste man fråga sig huruvida skadan kunde ha undvikits genom att vårdpersonalen informerat patienten i enlighet med de lagstadgade kraven. Skulle med andra ord patienten, vid vetskap om den aktuella risken valt att avstå behandlingen?

Lättast för patienten att visa att han eller hon inte skulle ha genomgått ingreppet har det varit då ingreppet genomförts för att förbättra patientens allmänna hälsotillstånd. Patientskadenämnden har i några fall inte funnit anledning att ifrågasätta patientens inställning att han eller hon vid vetskap om riskerna med

---

<sup>124</sup> Se PDL 5 kap 3 §

<sup>125</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 478

ingreppet skulle avstått den planerade behandlingen. Svårast att utfå skadestånd har det varit för patienter med ett allvarligt sjukdomstillstånd redan före ingreppet. En skada som orsakats av ett bristande informerat samtycke skulle ha inträffat även om vårdpersonalen fullgjort sin informationskyldighet, eftersom patienten ändå skulle ha valt att genomgå ingreppet. Det skadeståndsrättsliga kravet på kausalitet kan härmed sägas vara beroende av bakomliggande anledningen till ingreppet.

Praxis har inte närmare berört huruvida det för kausalitet torde ställas krav på att den underlåtna risken och den uppkomna skadan ska vara densamma. Den tydliga uppfattningen i doktrin är dock att så torde vara fallet. Andersson anser att det för kausalitet torde krävas att det är just den risk som läkaren borde informerat om som förverkligats och som således orsakat skadan.<sup>126</sup> Likaså Agell utgår från "den aktuella risken".<sup>127</sup>

## **7.4 Kränkning av den personliga integriteten som skada?**

Kanske borde redan det faktum att patienten inte fått information och inte samtyckt till en åtgärd i sig kunna utgöra en skada, frikopplad från en eventuell personskada? Denna tänkbara skada består i att patientens självbestämmande och integritet kränks - just genom underlåtenhet från vårdpersonalen att inte informera patienten eller inhämta samtycke från denne.<sup>128</sup>

### **7.4.1 Stora begränsningar i rätten till skadestånd vid kränkning**

Det bör redan här noteras att svensk rätt gällande ersättning för kränkningar intagit en restriktiv hållning, varför det inte finns någon allmän regel om skydd för den personliga integriteten. Kränkning av patientens självbestämmanderätt betecknas som om en ideell skada<sup>129</sup> och enligt regleringen i 2 kap 3 § SKL ersätts

---

<sup>126</sup> Andersson, s 432 f

<sup>127</sup> Agell, JT 1990/91 s 382

<sup>128</sup> Jag avser här sådan ideell skada som inte är att betrakta som psykisk chock – vilken istället skulle betecknas som personskada. Hellner s 355 ff

<sup>129</sup> Lagtexten nämner enligt 5 kap 1 § SKL fysiskt och psykiskt lidande av övergående natur (sveda och värk) eller av bestående art (lyte eller annat stadigvarande men) samt särskilda olägenheter i övrigt. Ytterligare en ideell skadeföljd som kan grunda skadeståndsansvar är enligt 2 kap 3 § SKL, kränkning. Till skillnad från 5 kap 1 § sorterar kränkningen emellertid inte under personskadebegreppet. Se Hellner s 390

denna typ av skada endast om kränkningen framkallats genom en brottslig handling.<sup>130</sup> Endast i de fall där det bristande informerade samtycket kan anses så grovt att vårdpersonalens agerande anses utgöra exempelvis misshandel eller olaga tvång skulle ersättning för kränkningen av patientens självbestämmanderätt kunna utgå enligt nyssnämnda stadgande.<sup>131</sup> Att vårdpersonalens agerade skulle utgöra till exempel misshandel får antas vara högst ovanligt, varför också denna möjlighet att söka ersättning för kränkning vid bristande informerat samtycke har mycket liten betydelse.

I annat fall kan ersättning för viss ideell skada utgå om den uppkommit i samband med personskada, se 5 kap 1 §. Emellertid kan kränkningen av patientens självbestämmande och integritet knappast anses som en följd av personskadan. Enligt Rynning framstår det därför i princip uteslutet att åberopa denna bestämmelse till stöd för ersättning för den kränkning det innebär att inte erhålla information samt ge sitt samtycke till en viss åtgärd.<sup>132</sup>

Vad gäller ersättning på grund av kränkning utöver den nu nämnda ordningen ger svensk skadeståndsrätt avsevärt begränsade möjligheter till ersättning. I princip fordras ett uttryckligt lagstadgande för att ideella skador skall ersättas på annan grund än enligt SKL.<sup>133</sup> Kommittén om ideell skada tycks anse att det på detta område – det informerade samtycket - föreligger en brist i lagstiftningen, men anser samtidigt att det inte är lämpligt att slopa det allmänna kravet på straffbar gärning för rätt till kränkingsersättning. Om ersättning för kränkningen anses önskvärd bör man istället införa en särskild bestämmelse beträffande detta.<sup>134</sup>

Enligt nuvarande reglering är det således inte möjligt för patienten att erhålla rätt till kränkingsersättning vid bristande informerat samtycke, så länge inte följderna av kränkningen tar sig uttryck i ett psykiskt sjukdomstillstånd.<sup>135</sup> Tanken på rätt till skadestånd vid denna typ av kränkning kan kanske tyckas något avlägsen, men inte helt främmande för vårt rättssystem. På senare tid har debatten kring en

---

<sup>130</sup> Se lagtext SKL 2 kap 3 §

<sup>131</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 444

<sup>132</sup> Ibid s 444

<sup>133</sup> SOU 1992:84 s 31

<sup>134</sup> SOU 1994:75 s 143 och SOU 1992:84 s 225

<sup>135</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 445

utökad möjlighet till denna typ av ersättning ökat,<sup>136</sup> varför frågan givits viss betydelse i denna framställning.

#### 7.4.2 Kränkningen kan ses som den mest direkta skadan

Trots att det enligt den nuvarande lagstiftningen inte ges några större möjligheter till ersättning för kränkningen har denna fråga har diskuterats i doktrin. Rynning anser att det borde finnas ett större utrymme för utdömande av skadestånd för kränkning av patientens självbestämmanderätt. Hon säger sig ha svårt att motivera en inställning "där patienten inte i något sammanhang skulle kunna anses lida skada av en sådan kränkning".<sup>137</sup> Enligt henne borde kränkningen av självbestämmanderätten i sig kunna utgöra den mest direkta skadan. Enligt detta synsätt skulle såväl patienter som drabbats av komplikationer, som patienter vilka trots medicinskt lyckosamma ingrepp inte varit informerade om förekommande risker, kunna få rätt till skadestånd på grund av kränkningen. Sålunda bortser man alltså helt från resultatet av ingreppet.<sup>138</sup> Enligt Rynning torde visserligen det faktiska resultatet av ett ingrepp kunna påverka patientens upplevelse av kränkningen i efterhand, men bör inte vägas in i bedömningen av den skada kränkningen som sådan medfört. Faktorer som enligt Rynning torde vägas in i bedömningen är bland annat behandlingssituationen, åtgärdens art och angelägenhetsgrad, riskerna med åtgärden samt frågan huruvida patienten skulle samtyckt till ingreppet om han eller hon blivit tillfrågad.<sup>139</sup>

För egen del anser jag Rynnings uppfattning om den otillfredsställande möjligheten till ersättning för kränkningen förefalla rimlig, men frågan är hur många patienter, med medicinskt lyckosamma resultat, som skulle framställa skadeståndsanspråk för upplevd kränkning när de inte drabbats av en personskada. Sannolikt är de få. Rynning anser emellertid att ett sådant förhållande inte kan anses tala mot införandet av en utökad möjlighet till ersättning för kränkning.<sup>140</sup>

---

<sup>136</sup> DS 2007:10

<sup>137</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 442 ff

<sup>138</sup> En patient som på grund av det bristande informerade samtycket också drabbats av en ersättningsgill personskada borde enligt Rynning ha rätt till skadestånd för båda skadorna. Se Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 443

<sup>139</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 443

<sup>140</sup> Ibid s 446



## **7.5 Skäl att reglera det bristande informerade samtycket i PSL?**

Uppsatsen har visat att det informerade samtycket inte särskilt behandlas i PSL. Frågan har därmed inte givits någon självständig betydelse för rätten till ersättning enligt den lagstiftningen. Trots detta har ju patientskadenämnden utrett frågan om ett bristande informerat samtycke, och i vissa fall också rekommenderat ersättningsansvar.

PSL tillkom huvudsakligen för att garantera patienterna ersättning för skador de drabbats av i samband med vård eller behandling. Avsikten var att stärka patientens ställning. Som motiv till regleringen nämndes att patienterna är en utsatt grupp. Vid tillkomsten av PSL övervägdes möjligheten att låta patient-skadebegreppet omfatta även skador orsakade av ett bristande informerat samtycke. Det informerade samtycket kom trots detta att lämnas utanför lagens tillämpningsområde, delvis med motiveringen att spörsmålet ansågs förknippat med komplexitet. Ett av motiven till utelämnandet ansågs vara risken för ett sviktande förtroende vårdpersonal och patient emellan. Likt Rynning är min egen uppfattning att en reglering av frågan i PSL sannolikt inte skulle få några negativa effekter, såsom orimligt höga skadestånd, likt de i USA.<sup>141</sup> Snarare skulle en sådan ersättningsreglering av det informerade samtycket kunna öka förtroendet mellan vårdgivare och patient. Enligt min mening kan det tyckas ologiskt att utelämnat frågan från den reglering som främst tillkommit för att utöka patientens möjligheter till ersättning. Att inordna det informerade samtycket i PSL vore ur patientens synvinkel önskvärt på flera punkter. Framför allt med tanke på att PSL, till skillnad från SKL, inte ställer krav på konstaterad culpa, men också för att PSL beträffande kausalitetskravet medger patienten en bevislättning. Det är framför allt dessa två rättsliga kriterier som vållat problem för patienten vid talan om ansvar enligt SKL. Vad som även kan tala för en reglering i PSL är att PSN i praktiken haft stor betydelse för patienters rätt till ersättning. Min uppfattning är att ett inordnande av frågan i PSL även skulle kunna leda till ett tydligare rättsläge och ökad förutsebarhet för såväl patienter som för hälso- och sjukvårdens personal.

---

<sup>141</sup> I USA tillämpas exempelvis sk. Punative damages.

# DEL 5

## 8 AVSLUTANDE KOMMENTARER

Jag vill återigen nämna följande mening. ”Inom hälso- och sjukvårdens reglering och etiska riktlinjer kan man säga att några av ledorden är respekt, självbestämmande och integritet – ord som anses representera högst skyddsvärda och väsenliga intressen.”<sup>142</sup> En genomgående riktlinje i vårdpersonalens arbete är att de inte får göra sin auktoritet gällande så att de inkräktar på patientens integritet och självbestämmande. Som framkommit i uppsatsens första del är syftet med det informerade samtycket tydligt. Regleringen i sjukvårdslagstiftningen har delvis tillkommit för att markera respekt för patientens integritet. Trots detta är en av de främsta anledningarna till klagomål inom hälso- och sjukvården bristande information och kommunikation.

Huvudfrågan för denna uppsats var huruvida ett bristande informerat samtycke kan grunda ersättningsansvar eller om kraven enbart har medicinsketisk karaktär. Studien har visat att det informerade samtycket inte givits någon *självständig* grund för ersättningsansvar, men klart givits *betydelse som en del av culpabedömningen*. Av rättspraxis framgår invecklade culpabedömningar, vilket kan förklaras med att förhållandena inom hälso- och sjukvården ofta är komplicerade och svåra att utreda.<sup>143</sup> Kravet på informerat samtycke utgör i grunden också moraliska skyldigheter, utan direkt koppling till ersättningsrätten. Vidare är informations- och samtyckeskraven luddiga och allmänt formulerade, vilket medför en oklar räckvidd. Eftersom alla patienter är olika har det heller inte ansetts önskvärt med en mer detaljerad lagstiftning. Uppsatsen har visat på en oklarhet vad gäller storleken av en risk, för att denna skall omfattas av informationsskyldigheten. Att en patient så långt det är möjligt skall ge sitt samtycke till samtliga åtgärder som företas är klart, men innebörden av ett allmänt samtycke har inte kunnat urskiljas. Domstolen uttalade i Nervtrådsfallet endast att ett allmänt samtycke inte kan anses omfatta samtliga medicinska åtgärder, men att vissa åtgärder måste få företas med stöd av ett sådant.

---

<sup>142</sup> Meningen är hämtad från uppsatsens inledning. Se avsnitt 1.1

<sup>143</sup> Prop. 1995/96:187 s 12

SKL har ibland visat sig vara en snårig väg för patienterna. Detta trots att patienten erhållit en bevislättning bestående i att det numera torde åvila skadevållaren att bevisa att information lämnats och samtycke inhämtats. PDL föreskriver krav på journalanteckning, och förekomsten eller avsaknaden av sådan har i vissa fall visat sig ha avgörande betydelse för patientens möjlighet till ersättning. En allmän journalanteckning utgör inte stöd för att tillräcklig information lämnats. Att placera bevisbördan på vårdgivaren kan dock innebära en fara av mer praktisk karaktär. Det är inte helt orimligt att anta att patienter framöver i större utsträckning kan komma att behöva skriva under ett avtalsliknande dokument, vilket bekräftar lämnad information och inhämtat samtycke. Det har i förarbetena dock undersktrukits att situationen vid en sådan tillämpning lätt skulle bli formalistisk och därför inte önskvärd.<sup>144</sup>

Trots att bevisbördan för det informerade samtycket i sig torde åvila vårdgivaren, ställs det krav på patienten att bevisa orsakssamband mellan den uppkomna skadan och vårdens utförande. Uppsatsen har visat att det finns svårigheter förknippade med detta krav. Speciellt svårt har det varit för patienter att vid medicinskt sett nödvändiga operationer visa att han eller hon, vid vetskap om ingreppets risker, skulle valt att avstå behandlingen. Lättare att erhålla skadestånd har det visat sig vara för patienter som drabbats av en skada i samband med operationer som enbart utförts för att förbättra ett allmänt hälsotillstånd, och alltså inte utförts på grund av någon egentlig medicinskt indikation.

Uppsatsen har visat att patientskadebegreppet i PSL inte omfattar skador orsakade av bristande informerat samtycke, men att skäl kan finnas till att inordna frågan i PSL. De starkaste skälen till detta är att PSL till skillnad från SKL inte ställer krav på konstaterad culpa och att PSL innehåller en bevislättning beträffande kravet på samband mellan informationsbristen och den uppkomna skadan.

Jag vill såhär i uppsatsens sista del även kort nämna några tankar som slagit mig under uppsatsskrivandets gång, men som inte behandlats i studien. Sannolikt är det inte ovanligt att patienten fruktar ingående information om förenade risker med en planerad operation och därför *inte vill* ha information. Hur skulle ett sådant förhållande påverka det informerade samtyckets betydelse? En annan fundering som gjort sig påmind är att det för patienten kanske inte alltid handlar

---

<sup>144</sup> Prop. 1998/99:4 s 23 f

om ett ersättningsansvar enbart med hänsyn till den personskada som uppstått. Kanske handlar det lika ofta om bristande tillit och ett sviket förtroende? I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagstiftningen har uttalats att en god vård förutsätter ett gott förtroende och samarbete.<sup>145</sup> Som patient ska man kunna lita på att vårdpersonalen delger tillfredsställande information. Uppenbart är dock att så inte alltid är fallet. Jag kan förstå om man som patient känner sig besviken och kränkt. I grund och botten handlar det om respekt, självbestämmande och integritet. Diskussionen om en eventuell kränkingsersättning känns med detta perspektiv trots allt inte så främmande.

---

<sup>145</sup> Se tex. Prop. 1998/99:4 s 22

## KÄLLFÖRTECKNING

### *Litteratur*

Agell, *Patient's Rights – Informed Consent, Access and Equality*, Nerenius & Santerus Förlag, Stockholm 1994

Agell, *Samtycke och risktagande – studier i skadeståndsrätt*, P.A. Norstedt & Söner Förlag, Stockholm 1962

Andersson, *Skyddsändamål och adekvans – om skadeståndsansvarets gränser*, Iustus Förlag, Uppsala 1993

Hedman, *Ansvar och ersättning vid medicinsk verksamhet*, Juridiska fakulteten vid Stockholms universitet, Stockholm 1984

Hellbacher m fl. *Patientskadeersättning vid skador inom sjukvården*, Elanders Gotab, Stockholm 2006

Hellner, *Skadeståndsrätt*, sjunde upplagan, Norstedts Juridik AB, Stockholm 1996

Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling*, Iustus Förlag, Uppsala 1994

Sahlin, *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentar*, Sjunde upplagan, Norstedts Juridik AB, Stockholm 2006

Tännsjö, *Vårdetik*, Thales, Stockholm 1998

Westerhäll, *Patienträttigheter*, Nerenius & Santérus Förlag, Lund 1994

Wilow, *Patientskadelagen en kommentar*, Norstedts Juridik AB, Stockholm 1997

## **Artiklar**

Agell, *Skadeståndsansvaret för operativt ingrepp utan patientens samtycke*, JT 1990/91:3 s 439 ff

Agell, *Patientens samtycke än en gång*, JT 1991/92 s 382 ff

Foxberg, *Juridiskt ansvar vid bristande samtycke inom medicinsk vård*, NFT 4/2004

Hellbacher, Espersson, *Patientskadelagen i teori och praktik*, NFT3/2000

Hellner, *Patientens samtycke*, JT 1990/91 s 747 ff

Rynning, *Patientens samtycke – rättsligt relevant eller bara medicinskt etiskt?* JT 1990/91:4 s 630 ff

## **Offentligt tryck**

### **Propositioner**

Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1994/95:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1995/96:187 *Patientskadelagen m.m.*

Prop. 1997/98:109 *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*

Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning*

Prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande*

Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*

### **Kommittébetänkanden**

SOU 1992:84 *Ersättning för kränkning genom brott - delbetänkande av kommittén om ideell skada*

SOU 1994:75 *Patientskadelag – betänkande av patientförsäkringsutredningen*

SOU 1995:33 *Ersättning för ideell skada vid personskada*

SOU 1997:154 *Patienten har rätt*

SOU 2004:12 *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen, en översyn*

SOU 2006:82 *Patientdatalag*

## **Övrigt**

DS 2007:10 *Skadeståndsfrågor vid kränkning*

## **Domstolavgöranden**

NJA 1990 s 442

Dom från Hovrätten för nedre Norrland, i mål nr T 239/96 den 3 mars 1999

RH 1999:115

## **Avgöranden patientskadenämnden**

PSR 2000:08 – Dnr 370/2000

PSR 2000:09 – Dnr 655/2000

PSR 2001:16 – Dnr 509/2001

PSR 2003:03 – Dnr 224/2003

PSR 2006:03 – Dnr 739/2005

PSR 2006:09 – Dnr 433/2006

## **Internetkällor**

[www.pff.se](http://www.pff.se)

[www.pff.se/upload/Referatsamlig.pdf](http://www.pff.se/upload/Referatsamlig.pdf)

[www.pff.se/upload/Referat.pdf](http://www.pff.se/upload/Referat.pdf)

