

Pasienters rett til informasjon og medvirkning

Kandidatnr: 167827

Leveringsfrist: 2.6.2009

Veileder: Tove Eikrem

Til sammen 14063 ord

Innhold

Pasienters rett til informasjon og medvirkning	4
1 Innledning.....	4
1.1 Emne og problemstilling:	4
1.2 Definisjoner:	4
Avgrensninger	6
1.3 Rettskildebildet	6
1.4 Opplegget videre:	7
2 Historiske utviklingslinjer.	7
2.1 Antikken	7
2.2 Opplysningstiden	9
2.3 Moderne tid.....	9
3 Grunnleggende hensyn.....	12
3.1 Rettssikkerhet	12
3.1.1 Innledning.....	12
3.1.2 Prosessuell rettssikkerhet	12
3.1.3 Materiell rettssikkerhet.....	14
3.2 Autonomihensyn.....	15
3.2.1 Pasientens personlige autonomi	15
3.2.2 Helsepersonells faglige autonomi	15
3.3 Effektivitet og ressurs hensyn.....	16
3.4 Forsvarlighetskravet	16
4 Rett til informasjon.....	17
4.1 Innledning:.....	17
4.2 Hovedregelen om hvor mye informasjon pasienten har rett til	18
4.3 Hva pasienten har rett til nødvendig informasjon om	20

4.3.1	Innledning.....	20
4.3.2	Rett til informasjon om helsetilstand	20
4.3.3	Rett til informasjon om helsehjelp	23
4.3.4	Rett til informasjon om risiko	28
4.4	Pasientens rett til å frabe seg informasjon	30
4.5	Unntak fra informasjonsretten	31
5	Samtykkekravet	32
6	Rett til medvirkning.	33
6.1	Begrepet medvirkning	33
6.2	Retten til å medvirke ved valg mellom metoder.....	34
6.2.1	Innledning.....	34
6.2.2	Tilgjengelighetskravet.....	35
6.2.3	Forsvarlighetskravet	36
6.3	Måten medvirkningen skal foregå på	38
6.4	Oppsummering	38
7	Oppsummering om pasientens rettsstilling etter § 3-1 og 3-2	39
7.1	Innledning.....	39
7.2	Om forholdet mellom samtykkekravet og medvirkningsretten.....	39
7.3	Om informasjonsutvekslingen mellom pasienter og helsepersonell	40
8	Kildeliste	41

Pasienters rett til informasjon og medvirkning

1 Innledning

1.1 Emne og problemstilling:

Temaet for denne oppgaven er pasientens rett til informasjon og medvirkning. Som pasientrettigheter ellers er disse en del av helse retten, som igjen sammen med trygderetten og den sosiale verneretten utgjør de viktigste delene av fagområdet sosialrett.

Perspektivet i sosialretten har tradisjonelt vært rettsstillingen for de svake og utsatte gruppene i samfunnet. Men dagens velferdsstat er ikke bare innrettet på å yte helsehjelp og sosiale tjenester til de svakeste, men til hele befolkningen, både de ressursvake og de meget ressurssterke.

Spørsmålet om pasienters rett til informasjon og medvirkning er særlig interessant fordi utviklingen i samfunnet de siste par tiårene har gått i den retning at stadig flere pasienter ikke er helt uvitende om medisinske spørsmål. Utdanningsrevolusjonen på siste halvdel av 1900tallet har ført til at flere er blitt vant til å søke opp, sile og bearbeide kunnskap. Internett-revolusjonen de siste 10-15 årene har åpnet opp helt nye muligheter for hvem som helst til å skaffe seg informasjon om det meste. Ut fra disse to forutsetningene vil pasienter ha mulighet til å opparbeide seg en kompetanse innen medisinske spørsmål som angår dem, som de møter behandlere med, noe som gir et helt annet grunnlag for informasjonsutvekslingen og samarbeidet mellom pasienter og helsepersonell enn det som tidligere har vært tilfelle.¹ Min problemstilling for denne oppgaven er hvilken rettsstilling pasienten har ovenfor helse-tjenesten, når det gjelder retten til informasjon etter pasientrettighetslovens § 3-2 og medvirkning etter § 3-1, med særlig fokus på den kunnskapsrike, høyt kompetente pasient

1.2 Definisjoner:

Jeg bruker i hovedsak pasientrettighetslovens begrepsapparat, slik det er definert i § 1-3:

¹ Slik det også påpekes i Ot.prp. nr 12 (1998-98) s. 64

- a) Pasient: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;
- c) helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell;
- d) helsetjenesten: primærhelsetjenesten,⁸ spesialisthelsetjenesten⁹ og tannhelsetjenesten;¹⁰
- e) helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3:

Lov om helsepersonell § 3 lyder slik:

§3. Definisjoner

Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49,
2. personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd

§ 48 lister opp 28 grupper av autorisert helsepersonell som er særskilt nevnt i bestemmelsen.

Begrepene ”informasjon” og ”medvirkning” har ikke legaldefinisjoner. Den nærmere betydning av disse begrepene må dermed utledes fra en naturlig språklig forståelse av ordene, slik de forekommer i bestemmelsene jeg drøfter.

Begrepet informasjon i pasrl § 3-2 vil bli brukt om opplysninger som helsepersonell gir pasienten, som oppfyllelse av sin plikt etter hlspl § 10.

Medvirkning er et begrep av mer usikker språklig betydning. Jeg vil komme tilbake til ulike tolkninger av begrepet i kapittelet om medvirkningsretten. Her vil jeg bare gjøre det klart at jeg bruker begrepet i betydningen uttalelsesrett og rett til å påvirke innholdet i helsehjelpen. Jeg finner støtte for denne tolkningen i ordlyden i § 3-1, ved at det sies i første ledd, 2. punktum at ”pasienten har rett til å medvirke ved valg” vedrørende helsehjelpen, og det er nettopp i valgsituasjoner en uttalelsesrett og mulighet til å påvirke har sin største verdi. Også § 3-1 3. punktum taler i retning av at det er uttale- og påvirkningsrett bestemmelsen gir, ved å si at ”Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.” det må dermed være klart at informasjonsutveksling mellom pasient og helsepersonell er en sentral del av medvirkningsretten. Andre argumenter for tolkningen, og nærmere analyse av begrepet vil bli utført i punkt 6.1.

Begrepet ”selvbestemmelsesrett” vil i oppgaven bli brukt som samlebegrep for alle rettigheter pasienten har til å utøve innflytelse på helsehjelpen. Både medvirkning, samtykke og andre relevante retter.

Avgrensninger:

Temaet for oppgaven er pasientens rettsstilling etter pasrl § 3-1 og 3-2. Rett til informasjon og medvirkning etter andre bestemmelser vil ikke bli drøftet, med mindre det er nødvendig for forståelsen av disse to.

Siden det er den høyt kompetente, kunnskapsrike pasient som er i fokus i denne oppgaven, forutsettes det at pasienten er samtykkekompetent. Problemstillinger rundt informasjon og medvirkning for barn, psykisk utviklingshemmede, demente og lignende vil dermed ikke bli drøftet. Jeg har også vært nødt til å avgrense med hensyn til typen helsehjelp pasienten trenger, og har valgt å fokusere på den somatiske pasient innen primær- og spesialisthelsetjenesten, uten å drøfte særlige spørsmål som gjør seg gjeldende innen tannhelsetjenesten eller psykiatrien.

Oppgaven er også avgrenset til å omhandle pasientens rettigheter før behandlingen er avsluttet, slik at det bare er retten til informasjon etter § 3-2 1-3 ledd som tas opp. Jeg har heller ikke plass til å behandle mer enn første ledd av § 3-1.

1.3 Rettskildebildet

Oppgaven er sentrert rundt to bestemmelser i pasientrettighetsloven - § 3-1 og 3-2. Lovteksten i disse bestemmelsene er dermed det naturlige utgangspunkt for drøftelsene. Videre vil andre bestemmelser, hovedsakelig fra pasientrettighetsloven og helsepersonelloven bli benyttet der de kan kaste lys over tolkningen av disse to hovedbestemmelsene. Forarbeidene til disse lovene er også en viktig kilde ved tolkningen.

Det er lite rettspraksis som omhandler oppgavens problemstilling. Men enkelte eldre dommer (fra før pasientrettighetsloven) er brukt enkelte steder i oppgaven. Det har heller ikke vært lett å finne litteratur som omhandler akkurat denne problemstillingen, men noe er blitt med. Særlig stor nytte har jeg gjennomgående hatt av Henriette Sinding Aasens oppdaterte doktoravhandling om pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling, fra år

2000. Jeg skylder henne stor takk, for veldig mange instruktive og informative poeng og ideer.

Uansett tilgangen på andre rettskilder, er reelle hensyn en alltid tilstedeværende og tungtveiende rettskildefaktor. Det er rettsområdets verdigrunnlag, vurderinger knyttet til reglens formål, og hensynene til de ulike interessene som gjør seg gjeldende på området som er grunnlaget for forståelsen av alle de andre rettskildene. Siden helseretten behandler spørsmål som ofte har svært stor betydning for livet til folk flest; deres rettigheter i svært sårbare situasjoner, når de er syke eller skadede og trenger helsehjelp, blir vurderinger av denne art desto mer fremtredende her enn på mange andre rettsområder.

1.4 Opplegget videre:

I det følgende vil jeg først, i kapittel 2, gjøre rede for en del historiske utviklingslinjer, som har ført fram til den rettssituasjonen på området som gjelder i dag. Deretter vil grunnleggende hensyn bak gjeldende rett bli beskrevet i kapittel. 3. Kapittel 4 tar for seg retten til informasjon. Kapittel 5 skisserer opp de viktigste sidene ved samtykkekravet i relasjon til oppgavens problemstilling. Kapittel 6 gjør rede for innholdet av medvirkningsretten. Til slutt følger kapittel 7 med oppsummering og avsluttende betraktninger.

2 Historiske utviklingslinjer.

2.1 Antikken

Legevitenskapen, som tradisjonelt har vært den dominerende delen av medisinen er et fag som har meget lange og dype tradisjoner. Dagens vestlige medisinske tradisjon har røtter tilbake til oldtidens Hellas, og den hippokratiske lege-ed fra 430 f.Kr.² Denne var en del av skriftsamlingen Corpus Hippocraticum, som var sentral i utformingen av datidens moralske og faglige profesjonsnormer. Edene legger mest vekt på plikter ovenfor profesjonen, ovenfor kollegaer og lærere. Respekt for den som har lært en opp i legekunsten, og taushetsplikt ovenfor alle som ikke er leger står sentralt:

² Sinding Aasen, s. 83

”Den som har lært meg legekunsten, skal jeg akte like høyt som mine foreldre. Dele med ham hva jeg eier, og hjelpe ham hvis han har behov for det. Hans sønner skal jeg betrakte som mine brødre, og om de ønsker å lære denne kunst, skal jeg undervise dem i den uten lønn og vederlag. Mine kunnskaper skal jeg dele med dem, med mine egne sønner, og med dem som har forpliktet seg etter denne ed, men med ingen annen.”³

Men den har også retningslinjer for pasientbehandling. Et av de viktigste avsnittene om dette lyder slik:

”I renhet og fromhet skal jeg leve og utøve min kunst. I alle de hus hvor jeg går inn, skal formålet med mitt besøk være de sykes vel. Jeg skal avholde meg fra alle skadelige uhederlige og umoralske handlinger...”⁴

Medisinen i oldtiden ble sett som en ”kunst” som legen utøvde for å få den syke frisk. Det var et håndverk basert på datidens forståelse av hvordan alt henger sammen. De greske filosofene gjennomførte studier av naturen, og de strukturer de fant der, i den store naturen, prøvde de å gjenskape i den mellomstore naturen – bystaten, og den lille naturen – menneskekroppen:

”Slik politikeren forsøkte å overføre naturens rytmer og harmoni til bystaten, forsøkte legen å overføre de samme kretsløp og de samme rytmer til den enkelte kropp.”⁵

Disse to sett av holdninger ga grunnlag for dyptgripende paternalistiske strømninger innen medisinen. Å gi grundig underretning til pasienter om medisinske spørsmål som angikk dem var utelukket allerede av den grunn at det ville være å bryte eden om aldri å dele medisinsk kunnskap med noen som ikke var lege. Dessuten ville det i beste fall være bortkastet, siden det var legen, og ikke pasienten, som kunne den medisinske kunsten, visste hvordan harmonien i kroppens kretsløp og rytmer best kunne gjenopprettes. I verste fall kunne informering av pasienten være skadelig, siden det kunne føre til at pasienten ble redd og motsatte seg nødvendig behandling. Å ”søke den sykes vel” blir da å gjøre med pasienten det legen etter beste profesjonelle skjønn anser som medisinsk nødvendig, men uten å ta pasienten med på råd, på noen måte.

Hippokrates’ råd om pasientkommunikasjon lyder derfor slik:

³ Sinding Aasen, s. 84

⁴ Sinding Aasen, s. 85

⁵ Sinding Aasen, s. 84

”Perform [these duties] calmly and adroitly, concealing most things from the patient while you are attending to him. Give necessary orders with cheerfulness and sincerity, turning his attention away from what is being done to him; sometimes reprove sharply and empathically, and some times comfort with solicitude and attention, revealing nothing of the patient’s future or present condition.”⁶

Den hippokratiske tradisjon står fortsatt meget sterkt hos alle vestlige leger, og dens innbygde paternalisme lever fortsatt, om enn ikke lenger i beste velgående, på grunn av påvirkninger fra mer nylige strømninger i samfunnet:

2.2 Opplysningstiden

Opplysningstidens tro på frihet, folkeopplysning og individuelle rettigheter klarte å gi rom for litt større informasjonsflyt mellom lege og pasient. Men begrunnelsen for at en lege eventuelt skulle informere pasienten om hans helsetilstand og behandling var strengt helsemessig, at informasjon ville gjøre pasienten mer positivt stilt til behandlingen, og skape et bedre tillitsforhold mellom pasient og lege. Dessuten ville økt kunnskap om medisinske årsaksforhold gjøre pasienten lykkeligere, og dermed generelt bedre hans helsetilstand.⁷ Men dette var, i full tråd med den hippokratiske paternalismen, bare tilrådelig hvis det etter legens skjønn ville hjelpe pasienten til å bli frisk, og ikke på noen måte kunne være skadelig. Noen selvbestemmelsesrett for pasienten var det fremdeles ikke snakk om. Som opplysningsfilosofen Benjamin Rush uttrykte det: ”The obidience of a patient, to the prescriptions of his physician, should be prompt, strict and universal. He should never impose his own inclinations nor judgement to the advice of his physician”⁸

2.3 Moderne tid

Slik har forholdet mellom lege og pasient stort sett holdt seg, inntil de siste par tiår. Så sent som i de Etiske Regler for Leger, utgaven som ble vedtatt av Den Norske Lægeforening i 1961 var der ingen regler om pasienters medvirkningsrett, og bare en ganske vag og skjønnspreget bestemmelse om informasjon til pasienten, i art 13: ”en lege bør i alminnelighet gi pasienten opplysning om hans tilstand, men må etter samvittighetsfull vurdering ha rett til å holde tilbake opplysninger som legen mener kan skade den syke.”⁹

⁶ Sinding Assen s. 86

⁷ Sinding Assen s. 89

⁸ Sinding Assen s. 89

⁹ Sinding Aasen s. 91

Vi ser her at det ennå var de behandlingmessige aspekter som ble fremhevet. Opplysninger bør gis hvis de medisinsk sett kan være gavnlige for den syke, men ikke hvis de kan skade. Og det er opp til legen å avgjøre dette.

Samfunnsmessig, akademisk og politisk motstand av betydning mot denne ordningen fikk vi først med de antiautoritære strømmingene fra det radikale 1970-tallet. Veldig mye oppmerksomhet ble på denne tiden rettet mot autoritære strukturer både i staten og i sivilsamfunnet, og motstand mot disse. Både i akademiske og andre kretser ble det snakket mye om rettssikkerhet for svake og utsatte grupper, for kvinner, fanger, minoriteter og etter hvert også pasienter.

Når det gjaldt helsetjenesten var det først og fremst tvang, i psykiatrien og i omsorgen for psykisk utviklingshemmede, som fikk oppmerksomhet. Det ble pekt på disse gruppenes behov for frihet og selvbestemmelsesrett, og det dermed problematiske ved at staten, ved helsetjenesten, skulle ha rett til å foreta så sterke inngrep i den enkeltes integritet og autonomi.¹⁰ I andre deler av forvaltningen hadde rettssikkerhet for borgerne allerede i en tid vært et sentralt tema, noe som hadde resultert i flere lover til beskyttelse av den enkeltes rettssikkerhet, som ombudsmannsloven av 1962, forvaltningsloven av 1967 og offentlighetsloven av 1970. I tillegg ble lege-pasient forholdet utsatt for en økende påvirkning fra tenkemåter fra forbrukervernområdet. Man så at pasienten var i litt samme situasjon som forbrukeren – en svak part i et avtaleforhold med en sterkere part. Alt dette bidro til å flytte samfunnets oppmerksomhet over fra å hovedsakelig gjelde helsetjenestens sterkeste integritetsinngrep ovenfor sine svakeste grupper, til også å se på den alminnelige, somatiske pasients rettsstilling. Det ble stilt krav om rett til behandling, informasjon, klageadgang erstatning ved feilbehandling osv.

Legeloven av 1980 hadde den nye tidens rettighetstenkning som grunnleggende ideologi, men den ga ikke mange klare pasientrettigheter. Når det gjelder pasientens rett til informasjon og medvirkning, fantes bare den vage bestemmelsen i § 25 tredje ledd, som gir pasienten rett på de opplysninger han ”bør” ha, og la ham medvirke ”så vidt mulig”. Men, som oppsummert i

¹⁰ Sinding Assen s. 30

forarbeidene til pasientrettighetsloven¹¹, var det “i utgangspunktet ... opp til legens skjønn å vurdere hvilke opplysninger som er nødvendig å gi pasienten.”

Etter legeloven har utviklingen gått stadig videre i retning av rett til informasjon og selvbestemmelse for pasienter. I Rt. 1993 s. 1169 ble det fastslått at helsehjelp krever samtykke fra pasienten, og at denne da også må få nok informasjon å bygge dette samtykket på, men hvor omfattende denne informasjonsplikten var, var fremdeles ganske uklart. I 1996 førte denne utviklingen til at også de Etske Regler for Leger ble endret, slik at det nå heter, i § 3 at ”Pasienten skal informeres i den utstrekning pasienten ønsker det”. Opplysninger som kan tenkes å være særlig belastende, skal gis med varsomhet.” Det kan dermed hevdes¹² at den tidligere paternalistiske holdningen om at legen selv burde avgjøre hva pasienten hadde best av å vite ble forlatt i siste halvdel av forrige århundre. I hvert fall hva gjelder regelverket.

I 1999 ble fire nye helselover vedtatt, deriblant en egen pasientrettighetslov, som videreførte og skjerpet de reglene for informasjon, samtykke og medvirkning som var blitt gitt og utviklet gjennom legeloven og den ideologi som den bygde på. Vi fikk også en ny helsepersonellov, som videreførte disse verdiene som plikter for helsepersonell, og utvidet dem til å gjelde alle de gruppene av helsepersonell som er nevnt i lovens § 3, i motsetning til den tidligere fragmentariske helsepersonellovgivningen, som, i hvert fall formelt sett, bare ga disse pliktene til hver lovs utvalgte gruppe av helsepersonell, leger under legeloven, tannleger under tannlegeloven § 25 og jordmødre under jordmorlovens §§ 3 og 4.

Det er retten til informasjon og medvirkning etter disse nye lovene, først og fremst pasientrettighetsloven, men da naturligvis også de andre lovene i den grad de henviser til eller har korresponderende bestemmelser med denne, som denne oppgaven skal prøve å belyse.

¹¹ Ot.prp. Nr 12 (1998-99) s. 67

¹² Slik det gjøres av Aslak Syse, i Pasientrettighetsloven med kommentarer s. 203

3 Grunnleggende hensyn.

3.1 Rettssikkerhet

3.1.1 Innledning

Det første og viktigste hensynet som begrunner retten til informasjon og medvirkning er pasientens rettssikkerhet i møte med helsetjenesten. Rettssikkerhet er et vidt og mange-fasettert begrep, hvis eksakte innhold er omtvistet. Jeg har for denne oppgavens formål funnet det hensiktsmessig å benytte rettssikkerhetsmodellen i Jan Fridthjof Bernts artikkel om ”Rettssikkerhetsbegrepet og kampen om velferdsstatens verdigrunnlag” fra 2001.

3.1.2 Prosessuell rettssikkerhet

For det første har vi den tradisjonelle prosessuelle rettssikkerhet, som kort sagt går ut på en forpliktelse for staten til å beskytte borgernes rettsfare mot inngrep, ved tilgang på effektive rettsanvendende og rettshåndhevende organer, og betryggende prosedyrer og saks-behandlingsregler når borgernes rettigheter og plikter skal fastlegges.¹³

Den utøvende instans for rettigheter som vedrører helsehjelp er helsetjenesten. Ved sin til-delning og utføring av helsetjenester, har den en plikt til å følge de reglene som staten har gitt for å sikre at pasientene får oppfylt sine helsemessige behov, uten å bli utsatt for unødige inngrep i hverken sin helserettslige stilling eller sine øvrige rettighetsposisjoner.

For tilfeller hvor borgeren opplever at hans rettsfare ikke blir respektert, er det en viktig rettssikkerhetsgaranti å kunne føre saken inn for domstolene eller andre rettsanvendende og rettshåndhevende organer, som kan fastslå og eventuelt gjennomtvinge hans rett.

Helserettslige tvister kommer meget sjelden for retten, og det sentrale blir dermed hvilke muligheter pasienter har til å få sin sak vurdert av andre organer. Pasienter er gitt slike rettigheter i pasientrettighetsloven § 7-2, ved retten til å klage til Helsetilsynet i fylket. Men, som Bernt påpeker¹⁴ er overprøvingen som foretas ved slik klage i praksis svært begrenset. Særlig på grunn av at § 7-2 bare gir adgang til å klage over at pasientens rettigheter ikke er oppfylt. De rettighetene pasienten har, slik som retten til nødvendig helsehjelp, som brukes som eksempel i artikkelen, er ofte så vage og skjønnsmessige at det er vanskelig for en klage-

¹³ Bernt s. 156

¹⁴ Bernt s. 169-70

instans å fastslå om de er oppfylt. Pasientens rettssikkerhet gjennom overprøvingsorganer er dermed svak, selv i tilfeller der han har rettigheter. Når helsetjenesten avviser pasientens ønsker og behov vedrørende helsehjelpen som ikke er rettighetsregulert, står pasienten helt uten adgang til å få denne avgjørelsen prøvd av et klageorgan. Slike interesselister mellom pasienten og helsetjenesten vil heller ikke kunne avgjøres for retten, siden de ikke er rettslige.

Retten til medvirkning etter § 3-1, sammen med samtykkekravet etter § 4-1, og retten til den informasjon som kreves for å kunne utøve disse etter § 3-2, kan ha en funksjon som ekstra rettssikkerhetsgaranti i denne situasjonen. Retten til medvirkning er en selvstendig rettighet, som kan gjøres til gjenstand i en klagesak hvis den ikke blir oppfylt. Men de samme argumentene om vanskelig overprøving som er gjort rede for over, kan også gjøres gjeldende her. Den kan likevel ha sin betydning, sammen med samtykkekravet, i å sikre pasientens interesser i avgjørelsesprosessen ved spørsmål som ikke er lovregulert, slik som hvilken helsehjelp som skal gis, og hvordan.

Hvis kravet om informert samtykke ikke er oppfylt, kan det lett også gjøre helsehjelpen som gis til inngrep i pasientens *integritet*, som han trenger rettssikkerhetsgarantier mot. Inngrep i pasientens fysiske integritet, ved fysiske og kjemiske inngrep i pasientens kropp, av ulike typer, alt fra nålestikk til operasjoner, og medisinerer. Og inngrep i pasientens psykiske integritet, ved å ta fra ham retten til å bestemme over egen kropp.¹⁵

I denne forbindelse kan det nevnes at de inngrep som helsepersonell gjør i pasientens kropp også, selv om dette er omstridt, kan tenkes å være omfattet av straffelovens bestemmelser om legemskrenkelser, enten § 228 om legemsfornærmelse, ved for eksempel et nålestikk, eller § 229 om legemsbeskadigelse, ved for eksempel kutt med skalpellen under en operasjon. Det som i første rekke fratar slike inngrep deres karakter av legemskrenkelser, er, sammen med deres terapeutiske formål, at pasienten har avgitt informert samtykke til dem¹⁶. For at pasienten skal kunne gjøre det, må han ha tilstrekkelig informasjon. Det er derfor viktig at det opprettes gode nok prosedyrer innen helsetjenesten for formidling av informasjon til pasientene, og mottak av informasjon som de ønsker å formidle.

¹⁵ Sinding Aasen s. 62

¹⁶ Sinding Aasen s. 286-291

Det er et generelt forvaltningsrettslig prinsipp at kravet om rettssikkerhet blir sterkere jo større betydning inngrepet har for den enkeltes borgers situasjon. De inngrep som foretas (eller de rettigheter som ikke oppfylles) innen helsetjenesten har ofte meget stor betydning for pasienten. Vår helse er det høyeste rettsgodet vi har, sammen med livet selv, og når helse-tjenesten påtar seg oppgaven med å verne om nettopp disse rettsgoder, medfører det et stort ansvar. Men også et stort behov for eksternt håndhevbare rettssikkerhetsgarantier, som kan sørge for at ikke all makt i disse veldig viktige forhold tilfaller helsetjenesten alene. Klageordningene er til for å sikre slike garantier, men de blir mest effektive når pasienten ikke bare objektivt sett har rett til forsvarlig helsehjelp, men også rett til å selv være med på å definere innholdet av denne.

3.1.3 Materiell rettssikkerhet

Prosessuell rettssikkerhet er viktig, men mest relevant når staten har gitt regler som fastsetter rettigheter, og gir da ikke bedre beskyttelse enn det disse rettighetene til enhver tid gir. Dette følger av selve definisjonen av prosessuell rettssikkerhet, som prosedyrer for å sikre borgerens rettsfære mot inngrep, uavhengig av hvilke rettigheter denne rettsfæren består av.¹⁷ Dette kan særlig for velferdsrettigheter, hvor de kravene som ligger i dem heller er krav på ytelser, enn rett til frihet fra inngrep i eksisterende rettsposisjoner, være rettssikkerhetsgarantier av tvilsom nytteverdi. På dette rettsområdet er det derfor, i enda større grad enn ellers, behov for også materiell rettssikkerhet, krav til innholdet av de rettigheter som vernes. Kravet til materiell rettssikkerhet kan knyttes opp mot menneskerettighetenes krav til grunnleggende rettigheter som enhver stat bør tilstrebe å gi sine borgere.¹⁸ For den som trenger helsehjelp, er her FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, art 12, mest relevant, ved at den gir rett til et forsvarlig nivå av helsetjenester. I mange situasjoner kan det være tvilsomt om dette forsvarlighetskravet er oppfylt. Da kan en fungerende informasjons- og medvirkningsrett komme inn som en av mange måter å sikre at helsehjelpen holder den standarden den bør holde. Særlig ved at den dialogen mellom pasienter og helsepersonell som bestemmelsene forutsetter sørger for større forståelse mellom partene, av hvilken helsehjelp som er nødvendig i det enkelte tilfellet. Pasientens informerte medvirkning kan være en viktig kilde til kvalitetssikring av helsehjelpen, særlig i tilfeller der pasienten mener å kunne påvise feil og mangler ved den tilbydde helsehjelp. Han kan ha erfaringer med at en bestemt

¹⁷ Bernt s. 156

¹⁸ Bernt s. 167

behandling, for eksempel en type medisin, ikke har effekt for ham. Eller mene å kunne påvise at den stilte diagnose er feil, at den ikke stemmer med hans symptom-bilde, og vil føre til feilbehandling, eller ingen behandling, mens tilstanden etter pasientens oppfatning ville vært mulig å behandle med riktig diagnose. Da kan det være viktig for kvaliteten på helsehjelpen at legen får denne informasjonen, og legger tilstrekkelig vekt på den.

Det er imidlertid helsepersonellet som har ansvaret for at den helsehjelpen som gis oppfyller de krav som kan stilles til den. Det ville være lite ønskelig om de skulle kunne fravike sitt ansvar for å yte god helsehjelp ved å bare la det være opp til pasienten å avgjøre hva som skal gjøres og hvordan. Helsemessige hensyn kan dermed tale for at pasientens selvbestemmelsesrett begrenses, slik at han ikke skal utsettes for helsehjelp som kan være skadelig, selv om han selv ønsker den.

3.2 Autonomihensyn

3.2.1 Pasientens personlige autonomi

Rettsikkerhetshensynene ser pasientens rettigheter fra et offentligrettslig perspektiv, som rettigheter borgeren har ovenfor en offentlig maktthaver og tjenesteyter. Men spørsmålet kan også sees fra et privatrettslig synspunkt. Sentralt i denne sammenhengen blir hensynet til den *private autonomi*. Det er en grunnleggende verdi i et liberalistisk samfunn at enhver har rett til selv å råde over sine egne rettsgoder, og treffe sine egne valg og prioriteringer. Forholdet mellom pasienter og helsepersonell kan fra denne synsvinkelen ses på som et avtaleforhold, der pasienten avstår en del av sin selvråderett til helsetjenesten, for at de skal gjøre det de anser som best for å få ham frisk igjen.¹⁹ Men for at pasientens autonomi i denne situasjonen fremdeles skal kunne ivaretas, blir det viktig at han ikke pålegges å avstå mer enn nødvendig av denne. At pasienten fremdeles har en så stor grad av innflytelse som mulig på beslutninger som angår ham.

3.2.2 Helsepersonells faglige autonomi

Som motstykke til dette kommer helsepersonells *faglige autonomi* inn. Det forventes av helsepersonell at de kan det medisinske faget, og dermed normalt må antas å ha de beste

¹⁹ Sinding Aasen s. 62

forutsetningene for å kunne avgjøre medisinske spørsmål . De må dermed, innenfor forsvarlighetens rammer, ha frihet til å utøve sitt fag på den måten de anser som best.

3.3 Effektivitet og ressurs hensyn

I tillegg gjør generelle *effektivitets- og ressurs hensyn* seg gjeldende. At en pasientrelasjon med rik informasjonsflyt, og medvirkningsrett tar mye tid, som kunne vært brukt til å behandle flere pasienter. Og at utstrakt medvirkningsrett for pasienten, en for stor innflytelse på hva som skal gjøres, av hvem, når og hvordan, vil bli en for hard påkjenning på helse-tjenestens ressurser og interne styringsmuligheter.

3.4 Forsvarlighetskravet

Ved disse avveiningene mellom respekt for pasientens ønsker og innspill, hans autonomi og integritet, og helsepersonells selvstendige ansvar for å yte den beste helsehjelpen de evner ut fra de ressurser de har til rådighet, kommer det helserettslige forsvarlighetskravet tungt inn. Helsepersonelloven § 4 slår fast at ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” Begrepet ”forsvarlig” er et veldig vidt begrep, hvor det eksakte innholdet ikke kan fastsettes klart i loven. Det er en ”rettslig standard”²⁰. Som det påpekes av blant andre Asbjørn Kjønstad, i boka Helserett²¹ er en rettslig standard kjennetegnet ved at den henter sitt innhold fra kilder utenfor jussen selv. For å fastslå innholdet av standarden om faglig forsvarlighet må en gå til legevitenenskap og annen helseforskning, medisinske lærebøker, tidsskriftartikler og erfaringer. Dette kravet dekker både selve den medisinske behandlingen av pasienten, at helsepersonell skal yte helsehjelp etter beste evne, og overlate jobben til en annen hvis de regner sine evner som utilstrekkelige, og deres kommunikative adferd ovenfor pasienten, at de skal utføre sine plikter til kommunikasjon med pasienten, slike som retten til informasjon og medvirkning dekker, på best mulig måte²²

Kravet til forsvarlighet setter store krav til helsepersonell om profesjonell yrkesutøvelse av høy kvalitet²³, men det er ikke et krav om at de alltid er fullt oppdatert, alltid presterer på topp

²⁰ Jf Ot.prp nr. 13 (1998-99) s 37

²¹ Kjønstad, s. 227

²² Sinding Aasen s. 63

²³ Ot.prp nr. 13 (1998-99) s 37

og yter helsehjelp av beste kvalitet. Forsvarlighetskravet er en minstestandard²⁴, et minimumsnivå for hvilken kvalitet på helsehjelpen som kan godtas. Forarbeidene kobler denne standarden opp mot det erstatningsrettslige aktsomhetskravet, og uttaler at ”forsvarlighet er mer enn aktsomhet, slik at det som er uaktsomt alltid vil være uforsvarlig.”²⁵ Kjønstad²⁶ stiller opp en skala med ”optimal, fremragende, helt perfekt helsehjelp” på topp. Nedover følger meget bra helsehjelp, bra helsehjelp, og så grensen for det forsvarlige, satt til ”nokså bra helsehjelp. Under middels, men over minstestandarden.” Det første nivået av helsehjelp som blir karakterisert som uforsvarlig er ved såkalt culpa levissima på helsearbeiderens side. Hvor han kunne ha innsett muligheten for at hans handlinger ville medføre skade, men ikke kan klandres for det. Videre går skalaen ned mot simpel uaktsomhet ved helsearbeiderens yrkesutøvelse, grov uaktsomhet, forsettlig skadeforvoldelse og på bunn overlagt skadeforvoldelse.

4 Rett til informasjon

4.1 Innledning:

Som gjennomgangen av de grunnleggende hensyn over er inne på, er nødvendig informasjon grunnleggende for all videre form for effektiv selvbestemmelsesrett for pasienten. Det er derfor naturlig å behandle retten til informasjon først:

Pasientrettighetslovens § 3-2, 1.-3. ledd sier at:

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

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

²⁴ Ot.prp nr. 13 (1998-99) s 37

²⁵ Ot.prp nr. 13 (1998-99) s 36

²⁶ Kjønstad s. 231

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.”

4.2 Hovedregelen om hvor mye informasjon pasienten har rett til

§ 3-2 1. ledd gir hovedregelen om hvor mye informasjon pasienten har rett til.

Et nøkkelspørsmål ved tolkingen av denne bestemmelsen er hvilken standard som skal legges til grunn for vurderingen av hvor mye informasjon som er ”nødvendig for å få innsikt i” helsetilstand og helsehjelp. Dette spørsmålet har fire mulige svar:²⁷

1. en subjektiv helsepersonellstandard: den informasjonsmengden den enkelte helsearbeideren mener at pasienten trenger.
2. en objektiv helsepersonellstandard: den informasjonsmengden en god og ansvarlig helsearbeider ville gitt sine pasienter
3. en objektiv pasientstandard: den mengden informasjon en alminnelig pasient trenger for å få tilstrekkelig innsikt i sin helsetilstand og helsehjelp til å kunne avgi et gyldig samtykke og utøve sin rett til medvirkning.
4. en subjektiv pasientstandard: den informasjon den enkelte pasient trenger for å kunne utøve disse rettighetene effektivt.

Alternativ nr, 1 henspeler på tradisjonen tilbake fra opplysningstiden, om at det er legens ansvar å informere pasienten så langt han anser dette tjenelig for behandlingen. Denne informasjonsstandarden må sies å være forlatt allerede ved legeloven (se neste punkt), og det taler også imot å legge den til grunn at § 3-2 sier at pasienten ”skal” ha nødvendig informasjon, som et lovpålegg til behandlende helsepersonell. Dette påbudet ville hatt liten mening hvis det likevel var opp til den enkelte behandler å avgjøre hvor mye informasjon som var nødvendig å gi.

Alternativ 2 er den standarden som legeloven la opp til i sin informasjonspliktbestemmelse i § 25.3. ledd, gjennom sine forarbeider, som sa at ”det er de opplysninger en dyktig og samvittighetsfull lege vil gi pasienten, plikten omfatter”²⁸ Denne standardens aktualitet reflekterer et spesielt forhold ved helsetjenesten som offentlig organ, som det kan være verdt å bruke litt plass på: offentlige organer er underordnet et hierarki, med regjeringen på toppen,

²⁷ Etter modell av Sinding Aasen s. 384-394

²⁸ Sitert fra Rt. 1993 s. 1169, på side 1174

med styringsrett over hva det enkelte forvaltningsorgan skal foreta seg. De er også underlagt mer eller mindre omfattende domstolskontroll med at deres arbeid oppfyller krav til rettsikkerhet og forsvarlighet, som ikke blir fastsatt av forvaltningsorganet selv. (dette illustreres blant annet av hvor lav rettskildemessig vekt forvaltningspraksis normalt har i en retts sak.) Legene har imidlertid tradisjonelt sett hatt en veldig stor makt til å selv definere når, hvor, til hvem og hvordan helsetjenester skal ytes. Men, som beskrevet i kap 2.3 har det gjennom de siste tiårene blitt stadig sterkere fokus i samfunnet på at helsetjenesten må underlegges de samme rettssikkerhetsgarantier og rettigheter for borgerne som resten av forvaltningen. Å styrke pasientens rettsstilling ovenfor helsetjenesten var også et lovgivningspolitisk mål med å gi pasientrettighetsloven.²⁹ Informasjonsplikten er nært knyttet opp mot andre uttrykk for pasientens selvbestemmelsesrett, den skal gjøre ham i stand til å avgi gyldig samtykke og benytte sine andre selvbestemmelsesrettigheter, slik som retten til å medvirke, etter § 3-1. Rekkevidden av informasjonsplikten må dermed baseres på pasientens rett til selvbestemmelse. Den er en rettighet til å få den informasjon han trenger for å gjøre effektivt bruk av sin selvbestemmelsesrett, ikke bare den informasjon som det ut fra et behandlerperspektiv er ønskelig at han får. Det må dermed antas at heller ikke en objektiv helsepersonellstandard lenger kan legges til grunn for tolkningen av informasjonsplikten.

Spørsmålet som da gjenstår er hvilken pasientstandard som skal legges til grunn. Den subjektive eller den objektive. For den objektive informasjonsstandard, at pasienten har rett til å få den informasjon som en alminnelig pasient vil ha bruk for, taler effektivitetshensyn for helsetjenesten, at mindre tid kan brukes på informering av pasienter hvis de ikke har plikt til å prøve seg fram med hvor mye informasjon den enkelte ønsker, og utfylle informasjonen for den ekstra vitebegjærlige. Dessuten vil en slik informasjonsmengde forutsetningsvis være nok for de fleste, siden den er ment å være en normalstandard. Men dette er ikke noe tungtveiende argument for å nekte ekstra informasjon til den som ber om det. Selve formålet med informasjonsplikten, å sette pasienten i stand til å ta egne avgjørelser vedrørende helsehjelpen, taler med styrke for å legge den subjektive pasientstandarden til grunn. Det er bare når pasienten har fått all den informasjonen som han personlig trenger for å gjøre seg opp en mening, at retten til medvirkning etter § 3-1, og samtykkekravet etter § 4-1, kan bli effektivt utnyttet. Den objektive pasientstandard har også den retstekniske ulempen at det kan være vanskelig å fastslå hva ”normalpasienten” trenger av informasjon. Praktiseringen av denne

²⁹ Som uttrykt i innledningskapittelet til Ot.prp. Nr 12 (1998-99)

standarden vil da formodentlig måtte bygge på helsepersonells erfaringer med hva pasienter flest vil vite, og fra dette går det en hårfin grense mot hva de mener at pasienten *bør* vite. Da kan en lett gå tilbake til paternalisme og legedefinert standard for hvor mye informasjon pasienten har rett på. Det er slik noenlunde klart at det er den subjektive pasientstandard som må legges til grunn for tolkningen av hva som er “nødvendig” informasjon. Dette stemmer også ganske bra med det som ble sagt allerede i Rt. 1977 s. 1035, om det tilgrensende spørsmålet om journalinnsyn, at ”den enkeltes muligheter for å ordne tilværelsen for seg og sine og det alminnelige behov for rettssikkerhet tilsier at den som ønsker ytterligere informasjon utover hva legen meddeler ham, må gis medhold i dette”³⁰

4.3 Hva pasienten har rett til nødvendig informasjon om

4.3.1 Innledning

§ 3-2 1. ledd 1. punktum spesifiserer at pasienten har rett til nødvendig informasjon om ”sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen” Dette er to informasjonstemaer som har nær sammenheng.

Det fremheves flere steder i forarbeidene til helselovgivningen at pasienten har rett til å få den nødvendige informasjonen uoppfordret. Ot.prp nr. 12 krever at “Pasienten skal få informasjonen automatisk og uten å be om det”.³¹ Ot.prp 13 om helsepersonelloven gjør det klart at ”plikten til å informere inntre[r] uavhengig av om pasienten krever det.”³² Den subjektive pasientstandard medfører imidlertid at pasientens uttrykte ønske om opplysninger får betydning for hvor langt informasjonsplikten strekker seg på de ulike områder.

4.3.2 Rett til informasjon om helsetilstand

Når det gjelder helsetilstanden er gjerne det mest relevante for pasienten å få vite hva helseproblemet hans er, og hvor gode sjanser han har til å bli frisk. Dette er informasjon som også forarbeidene gir pasienter rett til å få vite, ved å presisere at pasienten har rett til informasjon om både “diagnose og prognose”³³. Informasjonen om begge disse emnene, både hva som feiler pasienten (diagnosen) og hvor gode sjanser han har til å bli bedre, med og uten behandling, (prognosen) må være utfyllende nok til å dekke pasientens behov på to områder: For det første som grunnlag for samtykke og medvirkning til helsehjelp mot det aktuelle

³⁰ Dommen s. 1046

³¹ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 70

³² Ot.prp. nr 13 (1998-99) s. 57

³³ Ot.prp. nr 12 (1998-99) s. 69

problemet, og for det andre for å til å kunne planlegge fremtiden og innrette seg etter sykdommen eller skaden på best mulig måte.³⁴

Et vesentlig spørsmål er om pasienten bare har rett til sikker informasjon, eller også antagelser og gjetninger som helsepersonell gjør seg, uten å kunne si noe sikkert om diagnose eller prognose. Her gjør det klassiske hippokratiske argumentet om at informasjon som kan være skadelig for pasienten bør forties seg særlig gjeldende. Å uroe pasienten ved å fortelle ham at han har en alvorlig diagnose, som det i ettertid kan vise seg at var helt feil, kan ses på som å skape unødig engstelse og stress hos pasienten.

Men dette problemet kan i stor grad avdempes ved å gi uttrykk for den usikkerhet diagnosen eller prognosen er beheftet med. Pasienten har et klart behov for å få vite også hva legen mistenker uten å være sikker. Med hensyn til behovet for å kunne innrette fremtidig livsførsel på beste måte, kan det trekkes fram et ”føre var” prinsipp, i at pasienten bør få kunnskap om mistanken og hvor sterk den er for å kunne vurdere om han ønsker å ta den på alvor, og innrette sin livsførsel etter den, selv om diagnosen og/eller prognosen er usikker.

I situasjoner der minst en av flere mer eller mindre sannsynlige diagnoser kan gi behandling, er det desto viktigere å informere om de ulike alternativene og sannsynligheten for hver av dem. En behandling som kan være god for en diagnose, kan være uheldig, være mindre effektiv eller innebære større risiko hvis diagnosen er en annen. Vesentligheten av å få slik informasjon kan illustreres av tilfellet i Rt 1993 s. 1169, hvor behandlende lege var ganske sikker på at pasienten hadde en lungesvulst, og fortalte ham det, men lot være å nevne sin vesentlig svakere mistanke om at det kunne være en nervesvulst isteden. Svulsten viste seg å være en nervesvulst, og fjerningen av den ga pasienten store nevrologiske skader, en risiko som han senere hevdet at han ikke ville samtykket til å utsette seg for om han hadde visst om den. Pasienten fikk ikke medhold i sitt erstatningskrav denne saken, men det ble begrunnet med at spørsmålet måtte vurderes ”ut fra forholdene slik de forelå da opplysningene ble gitt”³⁵ og at det ”i de senere år synes å ha skjedd en utvikling i synet på hvor omfattende opplysninger som skal eller bør gis en pasient”³⁶ Dette kan ses på som en unnlattelse av å idømme erstatningsansvar ut fra betraktninger om at rettsregler ikke skal gis tilbakevirkende

³⁴ Syse s. 205

³⁵ Dommen s. 1175

³⁶ Dommen s. 1175

kraft, og dermed bør tolkes slik som de var å forstå da den omtvistede situasjonen oppsto.³⁷ En kan dermed anta at dommens resultat ville blitt det motsatte etter pasientrettighetsloven, som har ført den i dommen refererte rettsutvikling enda videre. Dommen illustrerer at pasienten har et klart behov for å få vite om også usikre og mindre sannsynlige diagnoser, for å kunne vurdere om han vil samtykke til behandling også hvis det skulle vise seg at det er en av disse diagnosene som er riktig, med de risikoer som behandlingen da innebærer. Informasjon om usikre diagnoser er dermed nødvendig for å gi pasienten det beslutningsgrunnlaget han trenger, og må da klart nok informeres om.

Det kan reises spørsmål om hvor sterk mistanken må være for å utløse pasientens rett til å få vite om den. Men på bakgrunn av det jeg allerede har redegjort for, kan jeg ikke se at dette utgjør noe avgrensingsproblem. Helsepersonell skal i utgangspunktet informere om alle alternative diagnoser som de mener kan være aktuelle for den enkelte pasients lidelse, siden pasienten kan ha behov for å vurdere alle, men også ta med sannsynligheten for at den ene eller den andre diagnosen er riktig. Siden det er den subjektive pasientstandard som må legges til grunn for spørsmålet om hvor mye informasjon som er nødvendig, må informasjonsmengden tilpasses til den enkelte pasients behov. Uoppfordret kan det være tilstrekkelig å opplyse om det en vanlig pasient normalt vil ønske å få vite, for eksempel bare gjøre rede for den mest sannsynlige diagnosen, hvis alternativene er vesentlig mindre sannsynlige. Men den som gir informasjonen må da gjøre det klart at også andre muligheter finnes, slik at pasienten har en oppfordring til å spørre, og dermed få informasjon også om de andre vurderte diagnoser.

Så langt om den eller de diagnoser som er blitt vurdert av de helsearbeiderne som behandler pasienten. Men et ytterligere spørsmål er i hvilken grad pasienten også har rett på informasjon om diagnoser som behandlende helsepersonell ikke har tenkt på. Dette kan være både mer alminnelige diagnoser, og diagnoser som er sjeldne og lite kjente, som det dermed kan være vanskelig for helsepersonell å ha oversikt over. Denne problemstillingen må knyttes opp mot plikten etter helsepersonelloven § 4 til å yte forsvarlig helsehjelp. Som nevnt i kapittel 3.4 er dette en rettslig standard, basert på blant annet den kunnskap som finnes innen helsetjenesten om hvordan en gir den beste helsehjelpen. Forsvarlighetskravet gir dermed helsepersonell en plikt til å holde seg oppdatert på den kunnskap som utvikles innen deres fagområde. Den

³⁷ Sinding Aasen s. 420

kunnskap om mulige diagnoser som er tilgjengelig enten innen helseforskningen eller via erfaringer helsepersonellet har gjort seg bør dermed i utgangspunktet benyttes ved vurderingen av den enkelte pasients helsetilstand, og dermed også informeres om, slik det er redegjort for over.

Forarbeidene til helsepersonelloven formulerer plikten til å holde seg oppdatert slik: ”Hvilke krav som stilles til å holde seg faglig à jour vil blant annet være avhengig av i hvilken grad man har hatt mulighet og oppfordring til å gjøre seg kjent med nyere forskningsresultater ... Videre må plikten til å holde seg faglig orientert sees i forhold til vedkommende helsepersonells arbeidsområde. Desto mer sannsynlig det er at man i praksis vil stå overfor oppgaver som krever spesiell kyndighet, desto større krav stilles det til at man setter seg inn i den faglige utviklingen på dette området. Når det gjelder spesialister, må det stilles et relativt strengt krav med hensyn til å være oppdatert på sitt fagfelt.”³⁸

4.3.3 Rett til informasjon om helsehjelp

Det går frem av forarbeidenes beskrivelse av retten til informasjon om helsehjelp at ” Dette omfatter alle former for helsehjelp, og vil således ikke være begrenset til behandling”³⁹ Begrepet ”helsehjelp” som brukes i § 3-2 1. ledd er definert i § 1-3 som ”handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell”. Pasienten har dermed rett til informasjon om alle disse handlingene i den grad de er aktuelle i hans situasjon. Forarbeidene presiserer videre, i kapittelet om hva som kreves for å kunne avgi et gyldig samtykke, at pasienten, med hensyn til hvert enkelt av disse tiltakene “ må ha fått *fyllestgjørende* underretning om formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med tiltaket.”⁴⁰ Men det påpekes også, på samme sted i forarbeidene at “Det kan ikke forventes at pasienten skal ha all tenkelig informasjon om tiltaket før samtykke gyldig kan avgis. Det er derfor stilt krav om nødvendig informasjon om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen, med andre ord at det skal gis slik informasjon som skal til for å gi et forsvarlig beslutningsgrunnlag.” Pasientens krav på informasjon må dermed begrenses til bare slik informasjon som kan tenkes å ha noen betydning som beslutningsgrunnlag for samtykke eller medvirkning (eller andre former for selvbestemmelsesrett).

³⁸ Ot:prp. Nr 13 (1998-99) s. 38

³⁹ Ot:prp. Nr 12 (1998-99) s. 69

⁴⁰ Ot:prp. Nr 12 (1998-99) s.132 (min uthevnning)

Spørsmålet blir dermed hvilken informasjon pasienten trenger for å få et forsvarlig grunnlag for sine helsemessige beslutninger. Som sagt over er det den subjektive pasientstandard som må legges til grunn for hvor mye informasjon det er nødvendig for pasienten å få. Legen må dermed gå i dialog med hver enkelt pasient, for å avklare hvor mye informasjon om de enkelte temaer akkurat denne pasienten har behov for. Dette kan variere sterkt fra pasient til pasient. En pasient som kan lite om medisin fra før, vil gjerne ha mest behov for grunnleggende innføring i hvilken metode som tenkes brukt, hvorfor denne tenkes brukt for å diagnostisere eller behandle ham, fordeler og farer ved metoden, risikoen for og graden av smerter og lignende. Pasienter som kan mer, vil ha behov for andre typer informasjon. Legen må dermed tilpasse sin rolle i samtalen etter hvilken pasient han snakker med.

Det er også vesentlig i denne sammenhengen hva slags helseplager pasienten lider av, og hvilken helsehjelp det dermed er aktuelt å iverksette. En pasient som lider av en vanlig omgangssyke og trenger medisin vil normalt ikke ha behov for omfattende opplysninger om medisinenes virkemåte, egnethet, faremomenter osv. utover det som kan leses i pakningsvedlegget til pilleesken. En pasient som har brukket beinet skjønner hensikten og formålet med å rette opp bruddet og legge beinet i gips, uten at dette behøver å forklares noe særlig inngående. Behovet for grundig informering av pasienten øker med hvor risikabelt og komplisert det aktuelle medisinske tiltaket er, hvor usikkert det er at det vil medføre ønsket resultat og hvor mange alternativer som finnes.

Hvis den helsehjelpen som pasienten trenger er omfattende og krever lang planleggingstid, eller særlig hvis pasienten er kronisk syk, kan pasienten ha samlet mye informasjon om sin lidelse på egen hånd. Mange pasienter har gjennom sin utdanning og yrkeserfaring gode generelle kunnskaper om informasjonssøk, kildekritikk, bruk av fagspesifikke ordbøker og andre hjelpemidler for å forstå fremmed fagstoff, og bearbeiding av kunnskap. Særlig kronisk syke, som må streve med sykdommen sin i årevis, har sterk motivasjon for å på denne måten sette seg inn i sin sykdom, og kan, i løpet av noen år, ha opparbeidet seg mer kunnskap om akkurat denne diagnosen enn legen har. Men, med mindre pasienten er medisinsk utdannet selv, har han ofte ikke den oversikten og grunnleggende kunnskapen innen medisinske spørsmål som er nyttig å ha for å foreta forsvarlige medisinske vurderinger. Kunnskap som pasienten har tilegnet seg om medisinske spørsmål kan dermed lide av mangler som følge av feiltagelser, misforståelser, eller manglende innsikt i andre medisinske faktorer som spiller inn enn akkurat dem pasienten har studert.

Den som informerer pasienten, for eksempel ansvarlig lege, har ansvaret for å må da ta seg tid til å sette seg inn i det pasienten legger fram som grunnlag for sin faglige vurdering av hvilken helsehjelp som bør iverksettes. Hvis pasientens kilder og resonnementer er mangelfulle, eller direkte feilaktige, trenger han saklig og faktabasert informasjon om hvorfor den informasjonen han har skaffet seg annet steds fra ikke gir det beste bildet av hvordan helsehjelpen bør utføres, og pasientens vurderinger av hvilken helsehjelp han ønsker dermed ikke bør basere seg på denne. Det er her ikke tilstrekkelig at legen bare gir beskjed om han, ut fra sin fagkunnskap, vet at pasientens informasjon ikke holder mål. For å sørge for at pasienten har den informasjon som er nødvendig for å kunne avgi gyldig samtykke og medvirke effektivt må legen forklare hvorfor pasientens informasjon er uegnet til å basere beslutninger om helsehjelpen på, så vel som hva som er den riktige tolkningen av de relevante medisinske forhold.

Hvor mye informasjon som skal gis om de enkelte temaer pasienten trenger korrigerende eller tilleggsopplysninger innen avhenger av pasientens evne og vilje til å motta og nyttegjøre seg den informasjonen han blir tilbudt. Den som gir informasjonen, enten dette er behandlende lege, eller annet helsepersonell som er gitt denne oppgaven, må dermed prøve seg frem, med hvor mye informasjon om de aktuelle temaer pasienten ønsker å få, og i hvilken form han bør få den.

For tilfeller hvor den informasjonen pasienten sitter inne med allerede er av tilfredsstillende kvalitet, like god, eller endog bedre enn den behandleren innehar, er pasienten, på akkurat de temaer de gjelder, allerede tilstrekkelig informert til å kunne medvirke effektivt, og trenger da ikke mer informasjon om de aspektene ved helsehjelpen som han har vist seg kompetent på. Da er man over i en situasjon hvor dialogen endrer karakter, ved at det blir mer aktuelt for pasienten å opplyse legen om de medisinske spørsmål som ligger til grunn for helsehjelpen, enn å selv motta slik informasjon fra legen. Denne situasjonen blir drøftet nærmere i kapittel 6 om medvirkningsretten.

Det har, i tråd med den hippokratiske grunntanken om å alltid sette det som fremmer pasientens helsetilstand først, lenge vært en tradisjonell oppfatning blant leger at jo mer alvorlig pasientens tilstand er, og jo større fare det er for pasientens liv, jo mindre nødvendig

er det å informere pasienten om den aktuelle behandling.⁴¹ Denne tankegangen kan finne støtte i en tolkning av § 3-2 bygget på en objektiv pasientstandard for hva som er nødvendig informasjon. Den alminnelige pasient vil lettere samtykke til et sterkt påtrengt inngrep enn ett som har mindre imperativ betydning for hans helsetilstand. Men når den subjektive pasientstandard må legges til grunn, blir dette et resonnement med mer tvilsom vekt. Særlig hensynet til den enkeltes private autonomi taler med styrke for at den som ønsker det må få fyllestgjørende underretning også om livsnødvendige inngrep, så sant der ikke er en øyeblikkelig hjelp situasjon, hvor det ikke er tid til informering. Hvis pasienten skal fratas sin rett til å bestemme over sin egen kropp, og få tilstrekkelig informasjon til å treffe en velbegrunnet beslutning, må dette ha en meget god grunn. At inngrepet framstår som nødvendig for å redde pasientens helse, er neppe grunn nok i seg selv. Hvis det virkelig er det, vil de fleste pasienter, etter å ha fått tilstrekkelig informasjon, samtykke til behandlingen. Og hvis pasienten likevel nekter å gjennomgå den aktuelle behandling, kan det være gode grunner for dette, som legen bør få høre. Unntak fra informasjonsretten kan bare gjøres i de tilfellene § 3-2 3. ledd tillater det.

Pasienten har dermed minst like sterk rett til informasjon ved alvorlig sykdom som ved mindre alvorlige tilstander. Kanskje til og med desto sterkere, siden behovet for å vite hva som kan gjøres, hvordan og hvorfor, og hvilke fordeler og farer som er forbundet med ulike alternative diagnostiserings- og behandlingsmetoder er mer påtrengende ved helsehjelp som er avgjørende for pasientens helse. Særlig hvis valget mellom ulike metoder kan ha stor innvirkning på pasientens videre liv.

Hvor vidt pasienten har krav på informasjon også om alternative metoder for å yte helsehjelp for hans helseproblem er et spørsmål for seg. Dette spørsmålet må også besvares ut fra synsvinkelen om hvorvidt pasienten har fått tilstrekkelig fyllestgjørende informasjon til å ivareta sine rettigheter til medvirkning, og til å nekte å samtykke til helsehjelpen. I § 3-1 gis pasienten rett til å “medvirke ved valg” mellom ulike “tilgjengelige og forsvarlige undersøkelser og behandlingsmetoder”. Denne rettigheten har liten verdi hvis pasienten ikke informeres om de alternativene som foreligger.

⁴¹ Sinding Aasen s. 406

Informasjon om hvilke alternativer som er tilgjengelige ved det behandlingssted pasienten har henvendt seg til må dermed naturligvis gis. Videre har vi spørsmålet om informasjon om alternativer som er tilgjengelige andre steder. Her kommer pasientens valgrett hva gjelder behandlingssted, slik som retten til fritt sykehusvalg etter § 2-4, og retten til bytte av fastlege etter khtl § 2-1a 2. ledd inn som begrunnelse for informasjonsplikt, ved at pasienten, for å kunne vurdere hvor han vil la seg behandle, må få vite om alternative metoder som benyttes andre steder. Informasjon om alternative metoder som er tilgjengelige i utlandet vil kunne ha betydning hvis pasienten har rett til behandling i utlandet etter pasrl § 2-1 5. ledd fordi det ikke er noe egnet tilbud i Norge.

Neste krav for at informasjonsplikten skal utløses er at undersøkelses- og behandlingsmetodene er forsvarlige. Spørsmålet om hva som er forsvarlige alternative metoder kommer særlig på spissen i tilfeller der ulike medisinske skoler tvistes om hva som er riktig diagnostiserings- eller behandlingsmetode for pasientens helseplager. Legen kan da gjerne mene at metodene som hans skole anbefaler er de eneste forsvarlige, og at det ville være uheldig for pasientens helse å la ham få vite om motstanderskolens metoder. Dette dilemmaet bringer fram i lyset de motstående hensyn som er beskrevet i kap 3, mellom helsepersonells faglige autonomi, til å avgjøre etter beste skjønn og evne hva som er best for pasienten, og pasientens personlige autonomi, til å selv velge hvilket behandlingsregime han vil underkaste seg, og i hvilken grad. Helsepersonell kan ikke pålegges å utføre helsehjelp som de anser som uforsvarlig, mens pasientens selvbestemmelsesrett ikke begrenser seg til bare å velge mellom alternativer som er i tråd med legens råd. Hvis vi tillater slike begrensninger, vil den "selvbestemmelsesretten" pasienten sitter igjen med ligne svært på den tradisjonelle medisinske paternalismen. Jf her også retten til fornyet vurdering, etter pasrl. § 2-3 og khtl § 2-1a 2. ledd. Opplysninger om alternative metoder som benyttes av andre medisinske skoler enn den behandelende helsepersonell tilhører bør dermed også være en del av den informasjon som pasienten har rett på. Som alltid ellers er omfanget av slik informasjon et spørsmål om hvor mye informasjon den enkelte pasient ønsker å få. Men helsepersonell må i hvert fall ikke fortie at det finnes alternativer til deres anbefalinger, heller ikke hvis de mener at disse må anses som kontroversielle, ha høyere risiko, mer usikkert utfall osv, så lenge det finnes andre som regner metodene som fullt forsvarlige. Pasienten som spør etter det, må få informasjon nok til å kunne sette seg inn i også motstanderskolens synspunkter, og slik få grunnlag nok til å avgjøre om det er den ene eller den andre skolen som tilbyr den helsehjelpen som passer ham best.

4.3.4 Rett til informasjon om risiko

Mens § 3-2 1. ledd 1. punktum gir pasienten rett til informasjon om sin helsetilstand, og helsehjelpen slik som den etter sin hensikt er ment å forløpe, gir 2. punktum rett til informasjon også om utilsiktede skader og bivirkninger som kan oppstå. Bestemmelsen sier at “Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.” Med ”risikoer” er det ut fra sammenhengen klart at loven mener risiko for utilsiktet skade som følge av helsehjelpen, siden tilsiktede skadevirkninger er informasjonspliktige etter 1. punktum. Dette støttes også av forarbeidene⁴² som presiserer at mange skader må regnes som del av helsehjelpen, så som amputasjoner eller dreping av friskt kroppsvev ved cellegiftbehandling, men at risiko for skade som det bør informeres særskilt om etter 2. punktum er slikt som ikke er en naturlig del av helsehjelpen. “Bivirkninger” må etter en alminnelig språklig forståelse tolkes mye på samme måte: som skader, smerter eller ubehag som kan oppstå som følge av helsehjelpen. Loven sier imidlertid lite om hvilke risikoer og bivirkninger som skal informeres om. Hvor høy må en risiko være for å regnes som “mulig”? Er der noen grense for hvor alvorlig en risikert skade eller bivirkning må være for å utløse informasjonsplikt? Disse spørsmålene skal drøftes i det følgende.

Denne problemstillingen kan deles opp i fire typetilfeller: Tilfeller med høy risiko for alvorlig skade, tilfeller med lav risiko for alvorlig skade, høy risiko for mindre alvorlige bivirkninger og lav risiko for mindre, eller bagatellartede bivirkninger.⁴³

Tilfeller med høy risiko for alvorlig skade grenser opp mot 1. punktum-tilfellene, hvor skade eller fare for skade kan forventes som del av helsehjelpen. Informasjon om slike risikoer må dermed naturligvis være omfattet av 2. punktum hvis de faller utenfor 1.

Også høy risiko for mindre alvorlige skader må antas å tilhøre kjerneområdet for hva pasienten har rett til å vite. I tilknytning til legeloven uttaler Rt. 1993 s. 1169 at “Skadefølger som fremstår som overveiende sannsynlige ved et inngrep, antar jeg at det normalt må kreves at det blir informert om. Dette ligger etter min mening innenfor kjerneområdet for bestemmelsen i legeloven § 25 tredje ledd.” Dommen setter ingen krav om at skadefølgen må være alvorlig, så lenge den er ”overveiende sannsynlig” Informasjonsplikten etter pasrl § 3-2 er strengere enn den var etter legeloven § 25, så informasjon om overveiende sannsynlige skader må være omfattet av § 3-2 1. ledd 2. punktum også.

⁴² Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 69

⁴³ Inspirert av Sinding Aasen s 422-445

Neste spørsmål blir da hvor lav risikoen for skade må være for å ikke utløse denne informasjonsplikten. Forarbeidene⁴⁴ forutsetter ”at pasienten normalt blir informert om « alminnelig forekommende » skader eller såkalt « påregnelige » skader. Slike skader regnes i dag ned mot forekomst 1 %.” Men denne 1 %-grensen kan ikke oppfattes som noen absolutt grense for hvor mye informasjon pasienten har rett på. Den er bare angitt som det som ”i dag” må regnes som tilstrekkelig påregnelig til at det bør informeres om. Det kommenteres også, i samme avsnitt som det foregående, at det er ”særlig” informasjon om risikoer ned til denne størrelsesorden som må informeres om. Det kan dermed tenkes tilfeller der også mindre sannsynlige risikoer inkluderes av informasjonsplikten, men dette må antas å være sjelden. For å finne den endelige grensen er det tjenelig å gå tilbake til formålet med informasjonsplikten, som i første rekke er å sette pasienten i stand til å gi et gyldig samtykke, og utøve sin rett til medvirkning. Det avgjørende må dermed være hvor lave risikoer pasienten er interessert i å høre om. Hva han har behov for som grunnlag for sin beslutning.

Men skader og bivirkninger kan være så sjeldne at det ikke finnes tilgjengelig statistikk og kunnskap om dem. Nye bivirkninger av for eksempel medisiner registreres fortløpende av legemiddelfirmaene, og hittil ukjente skadevirkninger er tenkelige også av andre former for helsehjelp. En kan ikke forvente at helsepersonell kjenner til og kan informere om alle uforutsette virkninger av helsehjelpen som kan oppstå. Mulige skader og bivirkninger som er registrerte, og lett tilgjengelige for helsepersonell, er det imidlertid liten grunn til at ikke pasienten også skal få vite om.

Det kan innvendes mot dette at for mye informasjon om lite sannsynlige, men alvorlige, skader og bivirkninger kan gjøre pasienten så nervøs at han motsetter seg nødvendig helsehjelp. Mye av dette problemet kan imidlertid avhjelpes ved måten informasjonen gis på, ved presisering av hvor lav risikoen er, sammen med grundig informasjon om pasientens helsetilstand med og uten den aktuelle helsehjelpen, om hva den aktuelle helsehjelpen går ut på, og hvorfor den er nødvendig.

Når det gjelder lav risiko for små eller bagatellartede bivirkninger kan imidlertid rettssituasjonen være annerledes. I slike situasjoner kan det vanskelig tenkes at den aktuelle risikoen kan ha noen betydning for pasientens beslutninger. Den som mottar helsehjelp må

⁴⁴ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 69

være innforstått med at lettere ubehag av ulikt slag kan inntreffe som del av den, og vil neppe ha bruk for informasjon om plager som sannsynligvis ikke vil oppstå, i tillegg til den informasjon de har mottatt om sannsynlige plager. Det kan dermed vanskelig hevdes at slik informasjon, om lav risiko for ubetydelige bivirkninger, er ”nødvendig” for pasientens beslutningsgrunnlag, i lovens forstand.

4.4 Pasientens rett til å frabe seg informasjon

I tråd med hovedprinsippet om at det er den informasjonen som den enkelte pasient ønsker som skal gis, har pasienten en rett til å motsette seg å motta informasjon. Dette retten er lovfestet i § 3-2- 2. ledd. ”Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.” Bestemmelsens andre komma setter, ved å innføre denne nødvendighetsstandard, opp et minstekrav for hvor mye informasjon pasienten er forpliktet til å motta. Dette minstekravet blir videre spesifisert i forarbeidene:⁴⁵

For det første må informasjon som er ”nødvendig for gjennomføring eller oppfølging av helsehjelpen” mottas. Det presiseres at ”Dette kan gjelde alt fra informasjon om at pasienten må møte fastende til undersøkelse eller behandling, symptomer pasienten må være oppmerksom på under og etter behandling, vanlige bivirkninger, fare for skade o l.” Pasienten har med dette en plikt til å sette seg inn i så pass mye av hva helsehjelpen innebærer at han kan få den gjennomført uten å vanskeliggjøre den, eller utsette seg selv for unødig fare. For det andre vil pasienten måtte gis informasjon om at hans helsetilstand eller helsehjelpen kan gjøre ham til en fare for andre. Forarbeidene bruker som eksempel at ”Dersom en virkning av helsehjelpen er at pasienten f. eks kan få endret sinnstilstand, og dette kan medføre konsekvenser og mulig fare for andre, bør pasienten informeres om dette selv om pasienten ikke ønsker informasjon.”

Når det gjelder pasientens plikt til å motta informasjon i medhold av lov nevner forarbeidene særlig to situasjoner som aktuelle.⁴⁶

For det første kommer samtykkekravet i § 4-1 inn, med sine bestemmelser om at ”helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke” og at ”for at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen” Denne

⁴⁵ Alle sitater i følgende to avsnitt er fra Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 70-71

⁴⁶ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 70-71

bestemmelsen pålegger ikke pasienten direkte plikt til å motta informasjon, men han kan, som hovedregel, ikke gis helsehjelp uten å ha mottatt informasjonen han trenger for å gi et gyldig samtykke. En viss informasjon om hans helsetilstand og den helsehjelpen som tilbys må dermed gis hvis helsehjelpen skal kunne gjennomføres. Men som fremhevet i punkt 4.2 er omfanget av informasjonsplikten i stor grad relativt, avhengig av hvor mye informasjon pasienten ønsker. Dette støttes også av forarbeidsuttalelser om kravet til informert samtykke, som sier at “Dersom pasienten har frabedt seg informasjon etter § 3-2 annet ledd vil det allikevel være tale om et informert samtykke selv om mengden av og nivået for informasjonen etter pasientens eget ønske kan være begrenset.”⁴⁷ Spørsmålet som står igjen blir da hva informasjonsplikten kan begrenses til å gjelde. I denne forbindelse kan det være givende å se hen til forarbeidsuttalelsen om at “Forsvarlighetskravet som gjelder for helsepersonell, og kravet til informert samtykke før helsehjelp ytes, forutsetter at informasjon som er nødvendig for gjennomføring eller oppfølging av helsehjelpen, må gis.”⁴⁸ Det er naturlig å tolke dette som at den informasjon som pasienten er nødt til å akseptere å få for å kunne avgi et gyldig samtykke, er den som medisinsk forsvarlighet krever at han er kjent med. Eksemplene som blir gitt er symptomer pasienten må være oppmerksom på under og etter behandling, vanlige bivirkninger, fare for skade o.l. Hvis pasienten nekter å motta slik informasjon må han gjøres oppmerksom på at han da heller ikke kan få helsehjelp⁴⁹. For de andre tilfeller der pasienten, som følge av sin helsetilstand er en fare for andre. Det mest fremtredende eksempelet her smittevernloven § 5-1 3. ledd som fastsetter at “En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å ta imot den personlige smittevernveiledning som legen gir for å motvirke at sykdommen blir overført til andre” jf § 2-1 om legers plikt til å gi slik informasjon.

4.5 Unntak fra informasjonsretten

Unntak fra retten til informasjon er regulert i 3. ledd. Her heter det i første punktum at ”Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv.” Det understrekes i Ot.prp nr. 12, på s. 71 at denne bestemmelsen uttømmende regulerer de tilfellene det kan gjøres unntak fra informasjonsretten, og at den bare skal være en snever unntaksregel for nødrettstilfeller. Terskelen for hvor alvorlig helseskade pasienten må utsettes for ved å få informasjonen er dermed satt svært høyt. Nærmere presiseringer av hva regelen omfatter er å finne i omtalen av den nært til-

⁴⁷ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 81

⁴⁸ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 70

⁴⁹ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 71

grensende retten til journalinnsyn, på proposisjonens side 93. Her understrekes det nok en gang at pasientens rett til informasjon, her i form av journalinnsyn, bare bør begrenses i liten grad, og nevner som eksempel på når dette kan være aktuelt ”tilfeller der man har diagnostisert en svært alvorlig somatisk sykdom samtidig som pasienten er inne i en psykisk ustabil periode. Dersom pasienten får vite om den alvorlige diagnosen gjennom innsynsretten på et slikt tidspunkt, kan dette medføre fare for pasientens liv eller fare for alvorlig helseskade hos pasienten.” Som påpekt i kommentarutgaven til pasientrettighetsloven⁵⁰, vil imidlertid slike situasjoner høre til de store sjeldenhetene. Den helt store hovedregelen er at pasienten ikke kan nektes informasjon ut fra frykt for at den kan skade hans helse.

Den eneste andre situasjonen hvor loven gjør unntak fra pasientens rett til informasjon er, etter § 3-2 3. ledd 2. punktum, ”dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon”. ”Klart utilrådelig” er en litt svakere formulering enn ”påtrengende nødvendig”. Denne ordlyden noe lenger enn nødretten gir grunnlag for, selv om det også her stilles strenge krav.⁵¹ Ot.prp nr. 12 nevner som eksempler at opplysningene som bør holdes tilbake ”kan gi grunn til frykt for represalier fra pasienten overfor de som har gitt opplysningene. Fare for mishandling eller annen form for voldsutøvelse”⁵²

5 Samtykkekravet

Selv om hovedtemaet for denne oppgaven er pasientens rett til informasjon og medvirkning, henger disse to så tett sammen med samtykkekravet etter § 4-1 at en kort omtale av rekkevidden av dette kravet i denne forbindelse er uunnværlig. Men spørsmål som knytter seg spesifikt opp mot samtykkekravet, uten å også være en del av retten til informasjon og medvirkning vil ikke bli behandlet her. Det forutsettes at pasientens samtykke er avgitt på en tilstrekkelig klar måte og at pasienten har samtykkekompetanse. Problemstillinger rundt samtykke og tvang vil heller ikke bli berørt.

§ 4-1 slår i første ledd fast hovedregelen, at ”Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig

⁵⁰ Syse, s 292

⁵¹ Syse s. 220-21

⁵² Ot.prp nr 12 (1998-99) s.93

informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.” Som den store hovedregel kan dermed ingen diagnostiske, behandlende, rehabiliterende eller pleiende tiltak igangsettes uten at pasienten har avgitt informert samtykke. Pasienten har med dette fått en vetorett ovenfor de forslag til helsehjelp som han tilbys. Andre ledd gjør det klart at denne retten gjelder også etter at gyldig samtykke er avgitt.”Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake.” Pasientens autonomi og integritetsvern har, i normaltillfellene, fått forrang fremfor hensynet til den faglig sett mest effektive helsehjelp. Å gjennomføre helsehjelp uten samtykke krever, etter § 4-1 1. ledd lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag.

Når pasienten kan la være å samtykke, eller trekke samtykket tilbake, må han også kunne samtykke med vilkår. Nekte å samtykke til helsehjelpen slik den er tilbudt, men godta den med visse forbehold, om hvordan, hvor, når osv. helsehjelpen skal ytes. For eksempel samtykke til medisiner mot en sykdom bare hvis et bestemt medikament brukes, eller samtykke til en operasjon bare hvis pasientens foretrukne metode benyttes, eller bare under full bedøvelse. Men dette gir ikke pasienten et krav på å få sin foretrukne helsehjelp utført, bare en rett til å si nei til tilbud som ikke tilfredsstillers hans ønsker.

6 Rett til medvirkning.

6.1 Begrepet medvirkning

Den naturlige forståelsen av dette begrepet kan være ganske vidtfavnende, men det ligger i begrepet en rett for pasienten til å være en aktiv aktør ved den helsehjelpen som gis ham. Retten til medvirkning kan være en ren informasjonsrett, en rett til å si sin mening om hvilken helsehjelp som bør ytes. Det er også naturlig å se på samtykkekravet som en form for medvirkning, ved den retten til å øve innflytelse på helsehjelpen som pasienten har ved å nekte å samtykke til helsehjelp som ikke tilfredsstillers hans ønsker. Medvirkning kan imidlertid også være noe mer enn dette, ved å gi en rett til å øve innflytelse på den helsehjelpen som besluttes utført også på andre måter enn bare ved å nekte å tillate uønsket helsehjelp:

§ 3-1 1. ledd 1. punktum slår fast at “Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.” Som nevnt i punkt 1.2 taler fokuset på

valgsituasjoner i denne bestemmelsen for at det er innflytelse på beslutningsprosesser ved valg av helsehjelp som er tenkt gitt gjennom denne bestemmelsen. I innledningen til proposisjonen til pasientrettighetsloven⁵³ står det beskrevet en forståelse av medvirkning som ”samarbeid, medbestemmelse og medansvar” for pasienten ovenfor helsepersonellet. Her legges det også vekt på hensynet til pasientens autonomi og integritet som kjerneverdier bak medvirkningsretten. Pasienten ”skal bidra til å sette premissene for hva som skal gjøres og på hvilken måte.”⁵⁴

Men det kan i denne forbindelse være verdt å merke seg at pasienten bare har rett til å ”medvirke ved valg” ikke en rett til å velge, noe som også understrekes i merknadene til § 3-1.⁵⁵ Det er helsearbeiderne som må antas å være best skikket til å foreta vurderinger av hvilke tiltak som bør iverksettes, og også de som har det endelige ansvaret for helsehjelpen. Men ”Pasientens syn og vurdering ...[er] imidlertid et tungtveiende argument i avgjørelsen”.⁵⁶ Som det presiseres i proposisjonen.

Kommentaren i merknadene til § 3-1, på side 128 at ”Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell” kan fungere som en god oppsummering her. De forskjellige hensynene bak medvirkningsretten, integritetsvern, autonomi og forsvarlig helsehjelp, oppnås best ved en god dialog og samhandling mellom pasienter og helsepersonell.

6.2 Retten til å medvirke ved valg mellom metoder

6.2.1 Innledning

Hovedområdet for medvirkningsretten nevnes i andre punktum, hvor pasienten gis ”rett til å medvirke ved valg” Dette er naturlig, siden det er ved valgsituasjoner retten til medvirkning helst vil gjøre seg gjeldende. I situasjoner hvor det ikke er noe å gjøre, eller det bare er en mulig metode som kan forsøkes, vil det ikke være så mye å medvirke til. Situasjoner hvor alternativene bare er å godta en undersøkelses- eller behandlingsmetode hører heller til kjerneområdet til samtykkekravet. I den grad medvirkning går ut på noe mer enn det pasienten

⁵³ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 64

⁵⁴ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 65

⁵⁵ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 128

⁵⁶ Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 66

allerede har rett til gjennom samtykkekravet, må det nettopp være en rett til å ha innflytelse på situasjoner hvor det foretas valg mellom ulike alternative former for helsehjelp.

Pasienten er i § 3-1 1. ledd 2. punktum gitt rett til å medvirke ved valg mellom ”tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder”. Den siste delen av denne bestemmelsen, ”undersøkelses og behandlingsmetoder” har neppe betydning som avgrensning hva gjelder hvilke former for helsehjelp pasienten har rett til å medvirke ved. Det sies i kommentarutgaven til loven at retten til medvirkning er ment å omfatte alle former for helsehjelp.⁵⁷ Forarbeidene tyder også på at lovgiver har tenkt seg at all helsehjelp omfattes. For eksempel står det i Ot.prp. nr 12, på side 65 at ”Helsepersonellet skal også lære pasienten måter å leve på som gir god helse. Dette kan vanskelig tenkes uten utstrakt pasientmedvirkning.” Denne uttalelsen viser til helsebevarende handlinger, utenom undersøkelse og behandling, som må regnes som helsehjelp etter § 1-3, og gjør det klart at pasientmedvirkning også må være en sentral del av disse sidene ved helsepersonells virksomhet. Men formuleringen i bestemmelsen indikerer at det er ved ulike metoder for å yte helsehjelp bestemmelsen har sitt hovedområde, heller enn ved andre spørsmål, som når, hvor og av hvem helsehjelpen skal ytes. Uttalelsen i forarbeidene om at det er ”hva som skal gjøres og på hvilken måte”⁵⁸ medvirkningen gjelder, kan også tale for å utelate disse spørsmålene fra rekkevidden av § 3-1. (Men andre rettigheter, slik som retten til fritt sykehusvalg etter pasrl § 2-4, og valg av fastlege etter khtl § 2-1a, vil til en viss grad gi pasienten selvbestemmelsesrett også i slike spørsmål.)

De sentrale kriteriene for pasientens medvirkningsrett er dermed at den må vedrøre alternativer som er tilgjengelige og forsvarlige. Spørsmålet blir da hva som ligger i disse begrepene.

6.2.2 Tilgjengelighetskravet

Tilgjengelighetskravet i § 3-1 er det naturlig å se i sammenheng med det som er sagt over om bestemmelsens rekkevidde, som rettighet ved gjennomføringen av helsehjelpen, når det først er bestemt at den skal gjennomføres, ikke ved avgjørelsen av hvor, når og av hvem den skal utføres. Tilgjengelighetsbegrensningen må dermed referere seg til hva som er tilgjengelig der pasienten behandles, på det tidspunkt behandlingen gjennomføres.

⁵⁷ Syse s. 201

⁵⁸ Ot.prp. nr 12 (1998-99) s. 65

6.2.3 Forsvarlighetskravet

6.2.3.1 Innledning

Det helserettslige forsvarlighetskravet er et grunnleggende rammeverk for alt helsepersonell foretar seg. Det er derfor naturlig at forsvarligheten settes som ramme også for pasientens medvirkningsrett, ved at bruk av uforsvarlige metoder til å yte helsehjelp ikke kan tillates, selv om pasienten ønsker dem gjennomført. Begrepet kan deles inn i to kategorier:

6.2.3.2 Faglig forsvarlighet

For det første har vi den medisinskfaglige forsvarligheten. I vurderingen av hvor stor vekt pasientens ønsker skal tillegges ved valg mellom metoder, er det et avgjørende moment om hver av de tilgjengelige metodene som kan nyttes til å undersøke eller behandle pasienten er faglig forsvarlige ut fra en medisinsk vurdering. Det er helsepersonell, og i første rekke ansvarlig lege⁵⁹ som har ansvar for å sørge for dette.

Som beskrevet i punkt 3.4 og 4.2 gir helsepersonells ansvar for helsehjelpens faglige forsvarlighet dem blant annet plikt til å holde seg oppdatert på det nyeste av tilgjengelig kunnskap innen sitt felt, og bygge sitt virke på dette. Være åpen og oppmerksom, i kommunikasjonen med sine pasienter. Og oppmerksom ovenfor nye erfaringer, selvgjorte eller fra andre, nye forskningsresultater eller annen ny informasjon, som kan gi grunnlag for beslutninger om hvilken helsehjelp som bør gis. Innspill fra pasientene kan i denne sammenhengen være klart verdifulle. Det er alminnelig anerkjent, og også referert til i Ot.prp. nr 12, at ”Pasientene utgjør i dag på mange måter en ubrukt ressurs når det gjelder å skaffe informasjon om hvordan sykehusets tjenester ytes. Pasientene, og til en viss grad pårørende, har førstehåndskjennskap til service som sykehusene på en langt bedre måte kan bruke i internt forbedringsarbeid.” Pasientens erfaringer med styrker og mangler ved tidligere mottatt helsehjelp, hva som har fungert, og hva som ikke har gjort det, og hvordan helsehjelpen nå dermed bør legges opp for å oppnå best mulig resultat kan slik gi nye og verdifulle innfallsvinkler for behandlende personell. Kunnskapsrike, vitebegjærlige pasienter kan i tillegg ha søkt opp og lest relevant medisinsk litteratur om sin sykdom, som han ønsker drøftet, med beskrivelser av diagnostiserings- eller behandlingsmetoder som etter pasientens vurdering virker effektive. Plikten til å holde helsehjelpen på faglig forsvarlig nivå, både med hensyn til den medisinske

⁵⁹ Jf hlspl § 4 3. ledd

hjelp som ytes og den kommunikative siden ved helsehjelpen, om å etter beste evne sørge for god kommunikasjon med pasientene, virker da sammen med grunnhensynet til respekt for pasientens integritet og autonomi til å gi en plikt til å ta pasientens innspill til etterretning, vurdere dem, og bygge videre helsehjelp på disse hvis de er like holdbare og pålitelige som den kunnskap helsepersonell ellers kan forventes å bygge sin virksomhet på. Hvis de ikke er det, vil hensynet til forsvarlighet kreve at helsearbeideren nekter å gjennomføre pasientens ønskede metodevalg. Men da kreves det at pasienten informeres om hvorfor, jf punkt. 4.3.

Det forekommer også tilfeller hvor pasienten har bedre innsikt i sin diagnose og den helsehjelpen som egner seg best for å undersøke og behandle ham enn det legen har. For eksempel hvis pasienten er lege selv, med spesialområde som omfatter hans egen diagnose, eller i løpet av sin sykdomsperiode har lagt ned en stor innsats i å studere og lese seg opp på relevant informasjon om sin sykdom og ulike diagnostiserings- og behandlingsmetoder for den. I så fall bør pasientens forslag tillegges særlig stor vekt i avgjørelsen av hvilken helsehjelp som skal ytes.

6.2.3.3 Ressursmessig forsvarlighet

Den andre komponenten i forsvarlighetskravet er den ressursmessige forsvarligheten. Helsepersonells plikt til forsvarlig utnyttelse av helsetjenestens ressurser. Ot.prp. nr 12 slår fast at ”I slike tilfeller [”dersom det foreligger flere alternative metoder som alle er forsvarlige, men hvor én metode er mer ressursøkonomisk enn de øvrige”] kan ikke alternativene sies å være likeverdige ut fra ressurs hensyn. Helsetjenesten bør her kunne velge hvilket behandlingsalternativ som skal nyttes.”

Lovgiver synes her å ha satt et strengt krav for når pasientens ønsker skal være avgjørende, ved at det er tilstrekkelig at ”én metode er mer ressursøkonomisk enn de øvrige”, uten noen kvalifisering av hvor stor forskjellen må være, for at helsetjenesten bør kunne velge hvilket behandlingsalternativ som skal nyttes.” En snever rett for pasienten til å kunne øve innflytelse på hvordan helsetjenesten skal disponere sine ressurser er nødvendig, siden helsetjenesten har både budsjettansvar og ansvar for at alle pasienter sett under ett får den beste helsehjelp de tilgjengelige ressurser tillater. For at helsetjenesten skal kunne planlegge og holde kontroll på sine utgifter, og prioritere mellom ulike former for helsehjelp, slik at de får hjulpet flest mulig, må de kunne nekte enkeltpasienter som kan få omtrent like god hjelp med en mindre

kostnadskrevende metode å benytte metoder for helsehjelp som er så kostbar at den går utover den hjelp andre kan få.

6.3 Måten medvirkningen skal foregå på

Det følger av § 3-1 1. ledd 3. punktum at “Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.” Dette punktumet omhandler formen kommunikasjonen som medvirkningen bygger på skal foregå i, og understreker helsepersonells plikt til å legge til rette for at pasientens forslag, innspill og ønsker kommer fram, slik at medvirkningen blir reell. Eksemplene i forarbeidene dreier seg mest om pasienter med svekket eller uten samtykkekompetanse. Men bestemmelsens formål, om å sikre at kommunikasjonen som kreves for å virkeliggjøre medvirkningsretten blir best mulig, gjør seg gjeldende også for denne oppgavens pasientgruppe. For å oppfylle denne plikten må helsepersonell være påpasselig med å lytte til, og sørge for at de har oppfattet riktig, pasientens innspill, hans erfaringer, vurderinger og eventuelle faglige resonnementer. Være nøye med å spørre, og klargjøre hva de har oppfattet at pasienten vil fram til, slik at det blir oppfattet riktig både hvis pasientens formidlingsevne er god, og hvis den er mindre god

6.4 Oppsummering

Medvirkningsretten innebærer dermed først og fremst en rett til å bli hørt, og en korresponderende plikt for behandlende personell til å ta pasientens argumenter og synspunkter med i vurderingen av hvilken helsehjelp som bør gis. Hvor stor innflytelse pasienten skal ha på metodevalget vil variere med hvor forsvarlige pasientens forslag er, økonomisk og medisinsk, sett opp mot andre tilgjengelige alternativer. Helsepersonells ansvar for at helsehjelpen er forsvarlig medfører at det hovedsakelig er ved valg mellom alternativer som er medisinsk og økonomisk likeverdige, eller hvor pasientens ønskede alternativ er det mest forsvarlige, at pasientens ønsker blir avgjørende. Det uttales i Ot.prp. nr. 12 at ”Helsepersonell har de beste kvalifikasjonene for å velge den best egnede metoden for hver enkelt pasient” men ”Dersom det foreligger likeverdige valg, er det naturlig at pasienten treffer avgjørelsen”⁶⁰

⁶⁰ Begge sitater er fra Ot.prp nr 12 (1998-99) s. 66

Som proposisjonen også sier, på samme sted, vil graden av likeverdighet mellom alternativer kunne variere. Det vil sjelden være mange alternative metoder som er helt like. Pasienten og behandlerne bør da i fellesskap vurdere hvilken av de tilgjengelige metoder som må anses best, og pasientens oppfatning gis økt vekt jo mer likeverdige alternativene er. I tilfeller hvor pasientens ønskede metode er like eller mer effektiv enn den legen foreslår, blir det et spørsmål om ressurser, om helsetjenesten kan yte den ønskede helsehjelp. Her må det foretas en helhetsvurdering av den forventede ekstra effekt av den helsehjelp pasienten ønsker, opp mot hvor store ekstrakostnader den vil påføre helsetjenesten i forhold til legens forslag. Forarbeidsuttaalelsen om at ”dersom det foreligger flere alternative metoder som alle er forsvarlige, men hvor én metode er mer ressursøkonomisk enn de øvrige... kan ikke alternativene sies å være likeverdige ut fra ressurs hensyn. Helsetjenesten bør her kunne velge hvilket behandlingsalternativ som skal nyttes.” tyder på at lovgiver har tenkt seg at terskelen for når en metode er for dyr til å kunne velges av pasienten skal ligge ganske lavt, slik at billigste medisinske forsvarlige metode som hovedregel skal benyttes, selv om det finnes metoder som er mer effektive. Eller at pasienten i hvert fall ikke skal ha rett til å kreve en dyrere metode.

7 Oppsummering om pasientens rettsstilling etter § 3-1 og 3-2

7.1 Innledning

Jeg har nå gjort rede for medvirkningsretten etter § 3-1, og de tilgrensende aspekter ved samtykkekravet etter § 4-1, og den informasjonsretten etter § 3-2 som disse forutsetter for å kunne fungere effektivt. Her kommer noen oppsummerende og avsluttende vurderinger av hvordan disse rettighetene stiller pasienten ovenfor helsetjenesten. Med særlig fokus på pasientens rett til å medvirke, siden informasjonsretten etter § 3-2, som vi har sett, har sin største betydning som forberedelse til effektiv utnyttelse av denne og andre selvbestemmelsesrettigheter.

7.2 Om forholdet mellom samtykkekravet og medvirkningsretten

Det kan ses som at retten til medvirkning er noe mindre enn samtykkekravet, siden pasienten ved å nekte å samtykke har bortimot full makt til å avgjøre om et bestemt tiltak skal

iverksettes eller ikke, mens det følger av selve begrepet medvirkning at det er ikke er snakk om noen rett til å bestemme, men en rett til å øve innflytelse på en avgjørelse som blir tatt av andre.⁶¹ Men, som vi har sett er det vesentlige forskjeller på medvirkningsretten og samtykkekravet, i og med at samtykke bare er en vetorett, en rett til å nekte behandling pasienten ikke ønsker, mens medvirkningsretten er en rett til innflytelse på den beslutningsprosessen som fører fram til avgjørelsen av hvilken metode som bør benyttes ved utføringen av helsehjelpen. Ikke bare en rett til å si ja eller nei til den helsehjelp som tilbys. Det er da mer naturlig å se på medvirkningsretten som noe mer, en rett i tillegg til samtykkekravet.⁶² Graden av innflytelse vil variere, men ved ønsker fra pasientens side om metoder for helsehjelp som er tilgjengelige, og medisinsk og økonomisk jevnbyrdige eller bedre enn den helsehjelp som helsepersonell anbefaler, vil den gjøre seg gjeldende særlig sterkt.

Men det er vanskelig å se at denne retten kan ha noen særlig praktisk selvstendig betydning utover den retten som pasienten allerede har gjennom samtykkekravet, til å samtykke til helsehjelp med det vilkår at en bestemt metode blir benyttet. Dette gir riktignok ingen rett til å få ønsket gjennomført, men når den ønskede metoden er tilgjengelig ved helseinstitusjonen, må regnes som medisinsk forsvarlig og ikke koster mer enn alternativet, vil nok vilkåret for samtykket normalt bli godkjent. Helsepersonells jobb er å fremme og forbedre pasientenes helse, og hvis den ønskede metoden er den eneste pasienten vil gå med på, vil dette da være bedre enn å ikke behandle vedkommendes helseplage overhode.

7.3 Om informasjonsutvekslingen mellom pasienter og helsepersonell

Medvirkningsretten uttrykker klarere enn samtykkekravet gjør den retten som pasienten har til å informeres om ikke bare den helsehjelpen som behandleren anbefaler, men også andre alternativer, som det kan være aktuelt å velge blant. Selv om også retten til å nekte å samtykke til helsehjelp hvis det finnes andre metoder som pasienten heller foretrekker taler for en rett til informasjon om alternative metoder, er retten til medvirkning særlig godt egnet til å regulere denne retten, som drøftelsen av rett til informasjon om alternative behandlingsmetoder i informasjonskapittelet viser. Den gjør det klart at informasjon om alternative metoder er en del av den informasjon som pasienten har krav på å få, og øker dermed kravet til informasjon, i forhold til hva som kunne vært tilfelle med bare rett til samtykke.

⁶¹ Sinding Aasen s. 467

⁶² Sinding Aasen s. 467

Medvirkningsrettens siste viktige bidrag til sikring og klargjøring av pasientens rettsstilling ovenfor helsetjenesten er den alminnelige uttaleretten, med helsepersonells plikt til å ta pasientens synspunkter og opplysninger i betraktning når avgjørelser om helsehjelpen skal fattes. Den må antas å ville blitt oppnådd i en viss grad bare ved den dialog som forutsettes ført mellom helsearbeiderne og pasienten som oppfyllelse av informasjonsretten. Her skal pasienten få all den informasjon som han har krav på etter § 3-2, og da er det naturlig at han i dialogen som må til for å tilfredsstille dette kravet også lufter egne ideer om helsehjelpen, og kommer med egne erfaringer og eventuelt faglig kildemateriale. Bestemmelsen om medvirkningsrett tilfører dermed ikke så mye av nye rettigheter, men kan ha en funksjon som påminnelse om denne funksjonen ved de pasientrettigheter og helsepersonellplikter som følger av bestemmelsene i pasrl §3-2 og hlspl § 10. Den har også en betydning som en skjerper av kravet til informasjonsflyt mellom helsepersonell og pasienter. Særlig med sitt fokus på pasientens del av dialogen, hans rett til å formidle informasjon til helsepersonell, og bli hørt og respektert. Mens § 3-2 om rett til informasjon fokuserer på helsepersonellens del, deres plikt til å gi opplysninger til pasienten.

8 Kildeliste

Lover:

Lov nr. 63 1999 om pasientrettigheter (pasrl)

Lov nr. 64 1999 om helsepersonell m.v. (hlspl)

Lov nr. 55 1994 om vern mot smittsomme sykdommer

Lov nr. 66 1982 om helsetjenesten i kommunene (khtl)

Lov nr. 2 1980 om leger

Lov nr. 10 1902 om straff

Forarbeider:

Ot.prp nr. 12 (1998-99) om lov om pasientrettigheter

Ot.prp nr. 13 (1998-99) om lov om helsepersonell mv

Internasjonal rett:

FNs konvensjon av 16 desember 1966 om økonomiske sosiale og kulturelle rettigheter.

Dommer:

Rt. 1977 s. 1035

Rt 1993 s. 1169

Litteratur:

Asbjørn Kjønstad: Helsereett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling. Andre utgave 2007
Gyldendal Akademisk

Aslak Syse: Pasientrettighetsloven med kommentarer. Andre utgave. 2004. Gyldendal
Akademisk.

Henriette Sinding Aasen: Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling.

Andre utgave. 2000 Fagbokforlaget

Jan Fridthjof Bernt, ”Rettsikkerhetsbegrepet og kampen om velferdsstatens verdigrunnlag”,
Tvers gjennom lov til seier. 2001 Unipax,