

## Juridiskt ansvar vid bristande samtycke inom medicinsk vård

av Helene Foxberg



Helene Foxberg  
helene.foxberg@folksam.se

*Vid kontakt med hälso- och sjukvård befinner sig patienten i en ställning underkastad hälso- och sjukvårdspersonalen. Därför krävs samtycke till i princip all vård och behandling. På vilket sätt kan då samtyckesfrågan utgöra ett problem? Det beror delvis på de motstridiga intressen som gör sig gällande i fråga om hälso- och sjukvård. Patienten har rätt till självbestämmande och rätt till respekt för den personliga och kroppsliga integriteten. Mot detta kan sägas stå läkarnas intresse av respekt för sitt kunnande om "patientens bästa". Trots att ett bristande samtycke finns – eller samtycke helt saknas – till en åtgärd behöver dock inte åtgärden ge upphov till rättsliga sanktioner. Jag har därför undersökt kriterierna kring begreppet samtycke samt det bristande samtyckets betydelse för uppkomsten av rättsligt ansvar.*

### I. Rättslig reglering

Huvudprincipen i svensk rätt är att hälso- och sjukvård skall vara frivillig. Enligt RF 2:6 är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Med påtvingat kroppsligt ingrepp avses främst våld, men hit hänförs även läkarundersökningar.<sup>1</sup>

Patienters rätt till integritet, självbestämmande och information finns även kodifierad i bl.a. hälso- och sjukvårdslag (1982:763) [HSL], lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [YHL]<sup>2</sup> samt lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

HSL reglerar vårdgivarnas skyldigheter. Med vårdgivare menas fysisk eller juridisk

person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. 2 a § reglerar patientens självbestämmande, och anger att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den bygger på respekt för patientens självbestämmande, den skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I 2 b § anges att patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och sin vård-situation. Det ankommer på vårdgivarna att se till att kravet på fullgod information till patienten upprätthålls.<sup>3</sup> Följaktligen kan perso-

**Helene Foxberg** är jur.kand. Artikeln består av valda utdrag från hennes examensarbete med samma namn (Stockholms Universitet, vt 2004. Handledare: Bill W Dufwa).

nalen inte övervältra ansvaret för information på patienten själv.

Bestämmelserna i YHL riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonalen, dvs. alla som på något sätt har hand om patientens vård (läkare, aptotekspersonal, larminrättningspersonal m.fl.) Syftet med lagen är att säkerställa en god kvalitet i vården och en hög patientsäkerhet samt att förebygga sådana risker för patienterna som kan undvikas.<sup>4</sup> I 2:1 regleras att hälso- och sjukvårdspersonal skall utforma patientens vård i samråd med patienten, och hon skall visas omtanke och respekt. I 2:2 stadgas ett informationskrav från personalen till patienten. Vad informationen skall innehålla avgörs från fall till fall, och personalen kan således inte utfärda rutinmässig information.<sup>5</sup>

I lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. upprepas principerna om information och samråd i 2 § 1,2 pp. Om patienten känner sig förbisedd skall hon ges möjlighet att få hjälp av en nämnd att tillvarata sina rättigheter.

Vården av patienten skall dokumenteras i en patientjournal. Journalen ger patienten möjlighet till insyn i vården och är en del av patientarbetet. Frågan om journalföring regleras i patientjournalagen (1985:562).

## 2. Information till patienten

I 2 b § HSL samt i 2:2 och 2:3 YHL stadgas att patienten skall ges information om sitt hälso-tillstånd och sin vårdsituation. Syftet med att informera är att upprätthålla patientens självbestämmanderätt och vårdinflytande, så att hon kan ta ställning till de vårdåtgärder som finns, samt välja mellan de behandlingsalternativ som hon föredrar. Patientens skall även ha rätt till en s.k. second opinion, en förnyad medicinsk bedömning vid särskilt allvarliga sjukdomar. Patientens själv är den primära mottagaren av informationen. Om hon inte

skulle kunna ta emot informationen skall den lämnas till en närstående. Skyldigheten att informera ha all hälso- och sjukvårdspersonal, men det främsta ansvaret ligger hos den som har det direkta ansvaret för vården ("verksamhetschefen", egen not.)

Om hinder föreligger antingen enligt YHL eller sekretesslagen (1980:100)[SkrL] kan information i vissa fall varken ges till patienten eller närstående (SkrL 7:3, 7:6, YHL 2:8, 2:9)

### 2.1 Patientjournalen som informationskälla

Patientjournalen kan ses som en informationskälla som patienten har i de flesta fall har möjlighet att ta del av. Journalerna är offentliga handlingar.<sup>6</sup> De ska lämnas ut om inte hinder föreligger p.g.a. sekretess.<sup>7</sup> Patienten kan genom att ta del av sin journal komplettera uppgifter och eventuella brister i den muntliga informationen.

Den information som journalen ger kommer emellertid inte så många patienter tillhanda, då patienten knappast erbjuds att ta del av densamma. Journalen får därmed ofta störst värde som efterhandsinformation. Hovrättens dom T 239/96 i det s.k. "Snarkmålet" kan tolkas som att för att läkaren skall kunna bevisa att information har givits till patienten måste det framgå av journalen att läkaren har informerat patienten korrekt.

## 3. Kravet på samtycke

En vårdåtgärd, som företas trots att patienten motsatt sig den, strider mot grunderna för hälso- och sjukvårdslagstiftningen och är ett allvarligt ingrepp i den personliga integriteten. För att ett samtycke överhuvudtaget skall vara rättsligt giltigt förutsätts naturligtvis att det har avgivits frivilligt. Ett samtycke som tillkommit genom tvång eller otillbörligt förfarande är exempelvis inte bindande enligt la-

gen (1915:216) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område 28, 29 och 31 § §. Det kan inte heller åberopas som ansvarsfrihetsgrund enligt Brottsbalken 24:7.

Den kanske mest betydelsefulla aspekten i samtyckesfrågan handlar om hur samtycket skall vara utformat för att få giltighet. Vad är det patienten samtycker till, vilka var omständigheterna kring samtyckets tillkomst och hur länge räcker egentligen det givna samtycket?

### **3.1 Samtyckets omfattning**

#### **3.1.1 Specifikt samtycke**

Då man har säkerställt en giltig form av samtycke, återstår att undersöka vad samtycket egentligen omfattar. Minst utrymme för missförstånd ger självfallet det specifikt avgivna samtycket, där patienten har gett ett heltäckande samtycke till just de åtgärder som skall vidtas. Detta torde dessvärre vara en omöjlighet, då ytterst få åtgärder är så enkla inom hälso- och sjukvård att patienten kan ge ett fullständigt samtycke till såväl åtgärder som effekter och risker.<sup>8</sup>

#### **3.1.2 Allmänt samtycke**

Med allmänt samtycke avses ett samtycke till en åtgärd och samtidigt därmed de under- och sidoåtgärder som inte uttryckligen har nämnts vid det samråd som föregick samtycket.<sup>9</sup> Exempelvis måste ett samtycke till en operation anses omfatta alla de därtill hörande momenten.<sup>10</sup> Emellertid omfattas knappast sådana åtgärder som inte följer naturligt av huvudåtgärden, exempelvis när en under- eller sidoåtgärd inte klart kan anses ingå i den huvudåtgärd vartill patienten samtyckt.<sup>11</sup> HD tog genom NJA 1990 s. 442 ställning till hur långt ett allmänt samtycke anses omfatta, och kom fram till att den i fallet utförda avskärningen av nerven inte omfattades av patientens allmänna samtycke till ”uppluckring” kring nerven.

## **4 Undantag från kravet på samtycke**

### **4.1 Hypotetiskt samtycke**

Frågan om hypotetiskt samtycke som rättsgrund handlar om huruvida det förhållandet att patienten skulle ha samtyckt till en viss åtgärd om hon blivit informerad och tillfrågad, kan göra åtgärden rättsenlig. Skillnaden mellan hypotetiskt och inre samtycke ligger således i att patienten inte har haft tillfälle att ta ställning till åtgärden i fråga.

Frågan om hypotetiskt samtycke har diskuterats inom såväl straffrätt som skadeståndsrätt. Inom straffrätten synes hypotetiskt samtycke som ansvarsfrihetsgrund inte accepteras utan vidare.<sup>12</sup> Inom skadeståndsrätten förefaller hypotetiskt samtycke kunna användas som en del av försvarlighetsbedömningen. Rynning gör en skillnad mellan den s.k. direkta skadan som uppkommer då patientens självbestämmanderätt kränks och de s.k. följdskadorna som kan uppkomma på grund av den åtgärd som utförs utan samtycke. Hon anser att ett hypotetiskt samtycke får anses irrelevant gällande den direkta skadan eftersom det är ointressant vad patienten skulle ha beslutat om hon informerats; kränkningen har redan inträffat. Vid följdskador kan det däremot vara relevant. Dels på den grunden att konsekvensen av ett bristande samtycke kan få för stora konsekvenser för sjukvårdshuvudmannen om det kan visas att patienten ändå skulle ha valt behandlingsåtgärden om han blivit tillfrågad, dels därför att det skulle vara fel om två likadana fall skulle leda till olika skadesättningar för följdskador därför att den ena patienten erhållit för lite information.<sup>13</sup>

Enligt Håstad skulle det inte vara rättsstridigt att kränka en persons intresse om det intresse för vilken handlingen företas är mer skyddsvärt än det förra, under förutsättning att det inte är möjligt för personen att ge sitt samtycke.<sup>14</sup> Agell medger hypotetiskt samtycke som ansvarsfrihetsgrund vid bristande

samtycke. Han menar att läkarens åtgärder inte kan anses culpösa om patienten ändå hade godtagit åtgärderna om han blivit tillfrågad.<sup>15</sup> Inom hälso- och sjukvård torde utrymmet för hypotetiskt samtycke vara lite större än inom andra områden, då handlandet sker i den hypotetiskt samtyckandes intresse.<sup>16</sup> Det är dock ytterst viktigt att bedömningen huruvida hypotetiskt samtycke föreligger är konkret och hänförs till ifrågavarande individ. Annars fick man lätt uppfattningen att alla ingrepp som är rimliga anses vara icke påtvingade. Därmed skulle det skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp som ges i RF 2:6 bli skenbart. Inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen ställs ett krav på att patientens självbestämmande och integritet måste respekteras. Ett absolut krav på samtycke återfinns inte i någon lagtext, utan det anges att vården skall så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten. Detta är således ett principiellt krav på samtycke.<sup>17</sup> Följaktligen torde inte genomförandet av en åtgärd betyda att patientens självbestämmanderätt blivit kränkt om det inte är möjligt att samråda med patienten, och agerandet torde anses rättsenligt. En intresseavvägning får göras som innehåller faktorer såsom åtgärdens art och angelägenhet, graden av ingripande, risker, m.m. Vidare skall tas in i bedömningen sådana fakta som rör den enskilda patienten och patienter i allmänhet. En bedömning av dessa ger ett svar på om hypotetiska samtycket är tillräckligt hållfast för att anses rättsenligt.<sup>18</sup>

## 5. Skadeståndsansvar vid bristande samtycke

Skadeståndslagen har en allmän inriktning och innehåller därför inga specialbestämmelser inom särskilda områden såsom hälso- och sjukvården. Patienter som inte är berättigade till ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) [PskL] har trots detta som sista utväg att söka ersättning enligt SkL. Detta medför en nackdel, då den skadelidande som huvudregel enligt SkL måste kunna bevisa att skadan orsakats av fel eller försummelse hos någon bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

En skadeståndsprocess där patienten anser sig ha lidit skada p.g.a. försummelse begången av hälso- och sjukvårdspersonal förs i allmän domstol. Enligt reglerna om principalansvar blir landstingskommunerna motpart (SkL 3 kap.) Enligt reglerna om principalansvar behöver patienten inte visa att det är någon viss person som har varit oaktsam eller gjort fel, utan arbetsgivaren svarar för anonyma fel.

Frågan om medicinskt yrkesansvar har behandlats tämligen oberoende av frågor om skadestånd och försäkring och sjukvårdslagstiftningens regler avseende information och samtycke har främst varit föremål för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds prövning. Även där är anmälningarna fåtaliga.<sup>19</sup>

Huvudfrågan vid en skadeståndsrättslig bedömning blir om en patient skall ha rätt till ersättning för uppkommen skada, då giltigt samtycke i princip fordras till den utförda behandlingen men samtycke saknas, samtidigt som behandlingen är medicinskt motiverad och utförts *lege artis*.

### 5.1 Culpa

Uppkomsten av skadeståndsansvar förutsätter att sjukvårdspersonalen uppsåtligt eller av oaktsamhet har handlat eller underlåtit att handla, då plikt att handla föreligger enligt

exempelvis lag eller avtal, på ett sätt som inte är godtagbart.<sup>20</sup> Det skall på något sätt framgå att personalen varit skyldig att undvika skada. Detta anses som den objektiva delen i culpa-bedömningen. Man vill hitta en standard, en sedvana, med vilken man kan jämföra det handlande som förekommit. Lagar och föreskrifter får dock anses ha företräde framför sedvanan i en culpabedömning. Om vägledning saknas inom dessa områden återstår för rätten att använda sig av en fri culpabedömning enligt den s.k. Learned Hand-formeln. Till detta kommer att andra omständigheter kan påverka bedömningen, såsom individuella faktorer, intresseavvägning o.dyl.

Den behandlande personalen skall följaktligen ha förfarit culpöst. Handlandet skall på ett klandervärt sätt ha avvikit från ett önskvärt eller föreskrivet handlingssätt. Betyder då varje överträdelse av önskvärt handlande att personen har förfarit culpöst? Om detta råder något delade meningar i doktrin. Bengtsson m.fl. framhåller exempelvis att då det finns konkret utformade handlingsregler kan man i princip alltid konstatera oaktsamhet.<sup>21</sup> Hellner menar dock att ansvar knappast inträder automatiskt vid varje fall av överträdelse av en författningsregel. Han menar att det faktum att det finns regler som preciserar det handlande som krävs ej utesluter den avvägning av omständigheterna som är typisk för culpabedömningen (giltig ursäkt, alltför ringa överträdelse, etc.) men medger att ju mer preciserad regeln är, desto större utrymme finns det för ansvar.<sup>22</sup>

Bedömningen skall sedan fortgå till den behandlande läkarens plikt att uppfylla aktsamhet i den givna situationen, den subjektiva delen i bedömningen. Det är här den skadeståndsskyldiges vållande skall komma att bedömas. Vilka förutsättningar hade läkaren att i den aktuella situationen handla på aktsamt vis?

### **5.1.1 Samtycke som del i culpa-bedömningen. Har samtycket rättslig relevans?**

I förarbetena till YHL (eftersom bestämmelserna i den upphävda åliggandelagen infördes i YHL får man även titta i förarbetena till åliggandelagen) anges att lagen skall syfta till att ”säkerställa en god kvalitet i vården samt förebygga sådana risker för patienterna som kan förebyggas”.<sup>23</sup> En läkare skall m.a.o. ha en skyldighet att agera så att patientens eventuella risker minimeras. Enligt lagen skall i skyldigheten ingå att ge information om och inhämta samtycke till behandlingar. Försumligheten som hänför sig till informationsskyldigheten och samtyckeskravet bör följaktligen inte bedömas annorlunda än försumlighet rörande exempelvis skyldigheten att ge sakkunnig vård. Praxis ger dock hittills inte något klart besked om det verkligen är så och i doktrin finns olika uppfattningar. I det s.k. nervtrådsfallet ger HD en något förvirrande bedömning. Patienten hade bara blivit informerad om att nervområdet skulle luckras upp och inte att nerven skulle skäras av. Då patienten inte gett samtycke till nervavskärningen och inte heller skulle ha gjort det om hon blivit korrekt informerad, stämde hon landstinget på skadestånd. HD konstaterade att giltigt samtycke till nervavskärningen ej förelåg. Patienten hade haft rätt att bli informerad om en eventuell nervavskärning, samt riskerna som en sådan kunde medföra. Hon hade inte givit något preciserat samtycke till åtgärden. Detta medförde dock inte att skadestånd kunde utdömas utan vidare. Läkarens handlande bedömdes medicinskt korrekt. Läkarens handlande bedömdes som försvarligt och kunde ej grunda skadeståndsskyldighet.

## 5.2 Bevisfrågor

### 5.2.1 Allmänt

När det gäller skadeståndsansvar som grundar sig på bristande information eller samtycke skall, precis som vid disciplinansvar och straffansvar, konstateras att det föreligger fel (uppsåt) eller försummelse (oaktsamhet) vad gäller ett handlande eller en underlåtenhet. Dessutom skall visas att skada har uppkommit samt att det föreligger ett kausalsamband mellan handlingen eller underlåtenheten och skadan.

Inom svensk skadeståndsrätt gäller generellt att bevisbördan för samtliga delar i skadeståndsbedömningen faller på den skadelidande.<sup>24</sup> Bevisbördan för att samtycke har förelagat åvilar emellertid i skadeståndsmål normalt den skadevållande. Vid skadestånd p.g.a. bristande samtycke till medicinsk behandling blir bevisfrågorna lite mer komplicerade. De lagstadgade kraven på information och samråd gör att det är just underlåtenheten att uppfylla dessa åligganden som kan utgöra ett klandervärt beteende och därmed grund för talan. Antingen låter man den skadelidande få bevisbördan för att den bristande uppfyllelsen är culpös, eller så låter man den gå över på sjukvårdspersonalen.

Att låta bevisbördan för såväl culpa som skada och kausalsamband vila på den skadelidande kan tyckas som en alltför sträng fördelning. Det kan bli väldigt svårt för en patient att visa att hon inte har blivit informerad eller att samtycke till åtgärden inte har lämnats. Till skillnad från läkarens journaler så har patienten vanligtvis inte fört anteckningar om vad som sagts och gjorts under behandlingen. En sak är att de fall som ryms inom ramen för läkemedels- och patientförsäkringar omfattas av lindrigare beviskrav. Men det kvarstår fortfarande fall som ej har försäkringsskydd.

Å andra sidan kan det tyckas som inkonsekvent att låta patienten ha bevisbördan för

andra fel i den medicinska yrkesutövningen, medan i fallen som rör informationslämnande och inhämtande av samtycke ålägga personalen bevisbördan. Vid exempelvis disciplinansvar skulle bevisbördan för samma typ av fel ligga på patienten.<sup>25</sup>

Den allmänt rådande uppfattningen synes ändå vara att sjukvårdspersonalen bör ha bevisbördan för att samtycke har förelagat.<sup>26</sup> Om bevisbördan för ett uteblivet samtycke skulle ligga hos patienten skulle patientens integritet försvagas. Vikten av ett formbundet samtycke skulle starkt understrykas, något som i dag inte krävs.<sup>27</sup>

### 5.2.2 Bevisbördan vid hypotetiskt samtycke

Hypotetiskt samtycke innebär en prövning av huruvida patienten skulle ha gått med på den aktuella behandlingen om hon blivit tillfrågad efter att ha fått erforderlig information. Även här kan man tänka sig olika placeringar av bevisbördan och i doktrin finns olika uppfattningar representerade. Agell anser att även vid hypotetiskt samtycke bör bevisbördan åvila den skadevållande.<sup>28</sup> Dock måste stränga krav på bevisning ställas för att den skadelidande skulle ha godtagit den egentligen otillåtna behandlingsåtgärden. Om bevisbördan faller på patienten skulle det innebära en presumption för att hypotetiskt samtycke skulle föreligga. Följaktligen skulle det presumeras att den patient som inte erhållit tillräcklig information skulle ha gått med på behandlingen även om information hade lämnats.<sup>29</sup>

Hellner synes acceptera presumerat hypotetiskt samtycke då han menar att patienten oftast accepterar läkarens rekommendationer, och i de fall där erforderlig information lämnats torde det knappast ha någon inverkan på patientens beslut. Han ställer sig nekande till frågan om en kränkning av självbestämmanderätten skall medföra skadeståndsskyldighet för personskador som kanske skulle ha inträffat



fat även om självbestämmanderätten respekterats.<sup>30</sup> Andersson resonerar liksom Agell så att bevisbördan bör falla på läkaren, men att beviskravet bör ställas lägre ju viktigare åtgärden har varit för patientens hälsa.<sup>31</sup> Rynning delar Agells åsikt att ett presumerat hypotetiskt samtycke vore fel rent rättspolitiskt. Dock hävdar hon att man bör se det hypotetiska samtycket som en fråga om kausalitet. Där uppkommer vissa problem, eftersom bevisbördan för kausalitet enligt svensk skadeståndsrätt åvilar den skadelidande.

## 6. Sammanfattning

Trots att vi i Sverige kan erbjudas en både framgångsrik och utvecklad vård har inte respekten för patienterna som individer följt denna utveckling. Under de senaste åren har i lagstiftningen uppmärksamats att behov föreligger att tillgodose patienters krav på delaktighet och information. Detta är tyvärr svårt att applicera på verkligheten, då brist på informerat samtycke från patienten över huvudtaget inte finns som ersättningsgrund i PskL, HSL eller YHL eller annan hälso- och sjukvårdslagstiftning. Många frågor återstår att besvara. Har samtycke verkligen inte avgivits, eller hade vårdpersonalen anledning att tro att ett samtycke förelåg? Och vad är att anse som skada? Skall det bedömas ur patientens eller ur ett objektiva perspektiv? Kan man anse att bristen på respekt för patientens självbestämmande är att anse som kränkning enligt skadeståndslagen? Vem skall egentligen bevisa en brist på samtycke? Och är ett bristande samtycke skadeståndsgrundande även om läkarnas agerande är medicinskt korrekt? Frågor inom detta ämne ligger fortfarande öppna inom den juridiska doktrinen, och patienten har en knapp praxis att luta sig mot. I praxis har man stannat vid att konstatera brister i information och/eller samtycke, men därefter

friat vårdgivarna på andra grunder såsom bristande kausalitet eller fackmässigt korrekt vård.

Jag kan i och med denna undersökning konstatera att patienter som har behandlats fel i fråga om bristande samtycke till viss vård med skada som följd inte har något egentligt kompensationsystem att tillgå för att få ekonomisk upprättelse. Vad som borde tillkomma är tydligare riktlinjer, en större öppenhet i dialogen mellan vårdgivare och patient och klarare lagrum, inte bara i skadeståndsrätten utan i patientskaderätt och övrig lagstiftning med anknytning till vården. Det synes idag som att trots att det är lagstiftad skyldighet att inhämta samtycke från patienterna, denna kvarstannar vid en moralisk skyldighet snarare än en skadeståndsrättslig.

### Noter

- <sup>1</sup> Se Prop. 1975/76:209 s. 147.
- <sup>2</sup> Innan YHL reglerades dessa ämnen i lag (1994:954) om disciplinpåföljd m.m, lag (1996:786) om tillsyn över Hälso- och sjukvården samt lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvård men samtliga dessa lagar upphävdes 1999 genom SFS 1998:532.
- <sup>3</sup> Prop. 1998/99:4, s. 46.
- <sup>4</sup> Prop. 1993/94:149, s. 47.
- <sup>5</sup> Prop. 1998/99:4, s. 50.
- <sup>6</sup> RÅ 1951 ref 29.
- <sup>7</sup> Patientjournalagen 16 §, 2:8, 9 § YHL, TF 2:12.
- <sup>8</sup> Rynning, Elisabeth, Samtycke till medicinsk vård och behandling, Iustus förlag, Uppsala, 1994, s. 327.
- <sup>9</sup> A.a, s. 328.
- <sup>10</sup> Hedman, Anders, Ansvar och ersättning vid medicinsk verksamhet, Juristförlaget, Sthlm, 1984, s. 28.
- <sup>11</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s. 329.
- <sup>12</sup> Se t.ex. Jareborg, Nils, Allmän Kriminalrätt, Iustus Förlag, Uppsala, 2001, s. 286.

- <sup>13</sup> Rynning i JT 1990-91 s. 636.
- <sup>14</sup> Håstad, Torgny, Tjänster utan uppdrag; ersättning och behörighet vid s.k. negotiorum gestio, Norstedts, Sthlm, 1973, s. 41. Avhandlingen handlar om negotiorum gestio, men kan anses ge en fingervisning till situationer inom hälso- och sjukvården.
- <sup>15</sup> Agell, Anders, The Conceptional Relationship Between Medical Malpractice and the Lack of Informed Consent, [Patient's Rights], Sthlm, 1994, s. 97.
- <sup>16</sup> SOU 1984:64 s. 177-179 samt prop. 1993/94:130 s. 43.
- <sup>17</sup> Prop. 1978/79:220 s. 44.
- <sup>18</sup> Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s. 393 f.
- <sup>19</sup> Westerhäll, Lotta, Patienträttigheter, Norstedts, Sthlm, 1997, s. 41.
- <sup>20</sup> Hellner, Jan; Johansson, Svante, Skadeståndsrätt, Norstedts, Sthlm, 2000, s. 104 f.
- <sup>21</sup> Bengtsson, Bertil, m.fl, Skadeståndslagen: En kommentar, Norstedts, Sthlm, 2002, s. 45.
- <sup>22</sup> Hellner; Johansson, Skadeståndsrätt, s. 126.
- <sup>23</sup> Prop. 1993/1994:149 s. 47.
- <sup>24</sup> Se bl.a. Hellner; Johansson, Skadeståndsrätt, s. 145 f, 199 f.
- <sup>25</sup> Hedman, Ansvar och ersättning vid medicinsk verksamhet, s. 58.
- <sup>26</sup> Rynning i JT 1990-91 s. 637, Agell i JT 1990-91 s. 449 samt i Patient's Rights s. 97.
- <sup>27</sup> Lögdberg i SvJt 1984 s. 422.
- <sup>28</sup> Agell i Patient's Rights, s. 97.
- <sup>29</sup> Se bl.a. Agell i Patient's Rights s. 98.
- <sup>30</sup> Hellner i JT 1990-91 s. 748.
- <sup>31</sup> Andersson, Håkan, Skyddsändamål och adekvans, Iustus, Uppsala, 1993, s. 433.