



# NORGES HØYESTERETT

Den 30. mars 2017 avsa Høyesterett dom i

**HR-2017-687-A, (sak nr. 2016/2070), sivil sak, anke over dom,**

Staten v/Pasientskadenemnda (advokat Anita Bergh Ankarstrand – til prøve)

mot

A (advokat Sigrun Sagedahl)

## S T E M M E G I V N I N G :

- (1) Dommer **Bull**: Saken gjelder spørsmålet om manglende informasjon om risiko for fremtidig sykdom utgjør svikt ved ytelse av helsehjelp som gir rett til erstatning etter pasientskadeloven.
- (2) A, som da var 47 år gammel, oppsøkte 24. mars 2011 X legesenter. Han hadde høyt blodtrykk og var stresset av bekymringer knyttet til jobben. Han kjente et trykk for brystet, muskelsmerter i lår og overarm og var spent i kjeven. Det ble notert i journalen at hjerte- eller karsykdom ikke var kjent i familien, men at en søster nylig hadde fått utvidet og satt inn rør i kransarterier. Legen noterte at det så ut til å dreie seg om en kraftig stressreaksjon, men satte diagnosen "K99 hjerte- karsykdom IKA", der "IKA" betyr "ikke klassifisert annet sted". Han fikk kontrolltime hos fastlegen og 24-timers blodtrykkmåling. Samtidig ble han 100 prosent sykmeldt frem til 7. april 2011 for hjerte- og karsykdom.
- (3) Den 30. mars 2011 var han til konsultasjon hos fastlegen, som stilte diagnosen "K86 hypertensjon essensiell", det vil si forhøyet blodtrykk uten kjent årsak. A ble henvist til doktor B, hjertespesialist ved Y for nærmere undersøkelse.
- (4) I nye journalnotater 7. april 2011 noterte fastlegen også diagnosene "P29 stress IKA" og "P02 psykisk ubalanse situasjonsbetinget". A veide mer enn han burde; hans BMI, body mass index, ble notert til 30,5. Han fikk utskrevet betablokker, som er

blodtrykksdempende, og han fikk forlenget sykmeldingen basert på diagnosen "hjerte-karsykdom IKA K99" samt situasjonsbetinget psykisk ubalanse.

- (5) Han kom så til undersøkelse hos doktor B 12. og 13. april 2011. I journalen har doktor B blant annet notert:

**"Pas. ubehag intermitterende precordialt tror jeg ikke er et coronarsymptom, men mer sannsynlig myalgisk betinget. Han er også palpasjonsømt intercostalt. Se siste journal. Han innskjerpes dietten, kontrollerer Kolesterol hos egen lege. Foreløpig startes ikke med statin, men kolesterolverdien bør følges. Han har ellers en fin risikoprofil. Han har litt tremor manum, har begynt med betablokker og det er vel en god grunn til å fortsette med betablokker av den grunn. Ingen endringer. Følges av fastlegen."**

- (6) På grunnlag av journalnotatene har lagmannsretten lagt til grunn at A fikk beskjed om det som fremgår av sitatet: Han hadde ikke hjerte- karsykdom, men en myalgilidelse i form av smerter fra muskulaturen i brystveggen. Han måtte passe på diett og kolesterolnivå, skulle fortsette med betablokker og følges opp av fastlegen. Lagmannsretten har også lagt til grunn at A, som oppga å røyke fem til seks sigaretter om dagen, ble rådet til å slutte å røyke. Ellers hadde han ifølge doktor B en fin risikoprofil.
- (7) A ble ikke informert om sin risikoprofil for å få hjerte- karsykdom i forhold til gjennomsnittet for sin aldersgruppe. Han fikk heller ikke informasjon om hvordan han skulle forholde seg ved symptomer på hjerteinfarkt, og hvordan slike symptomer skiller seg fra de myalgismertene som han hadde.
- (8) As sykmelding ble forlenget av fastlegen ytterligere to ganger, siste gang frem til 7. juli 2011, nå på grunnlag av situasjonsbetinget psykisk ubalanse og stress. Han fikk timer hos psykolog.
- (9) Om ettermiddagen 3. juli 2011 fikk A hjerteinfarkt mens hans kjørte bil. Da han merket smertene, befant han seg i nærheten av Ø. Han regnet med at det dreide seg om stress og muskelsmerter og kjørte videre fremfor å oppsøke sykehus eller legevakt i Ø-området. Hjemme i Z oppsøkte han dagen etter legevakten, der han ble vist videre til fastlegen på grunn av kapasitetsproblemer. Etter en time ble han undersøkt av fastlegen, som konstaterte hjerteinfarkt. Han ble straks innlagt på Æ. Derfra ble han fløyet videre til Ø universitetssykehus, der han ble operert samme dag.
- (10) A har etter dette opplevd hjerterytmeforstyrrelser og har nedsatt arbeidsevne.
- (11) Den 17. juli 2012 sendte A skademelding til Norsk pasientskadeerstatning. Her ble det 19. mars 2013 truffet vedtak om at behandlingen som A hadde fått, var i tråd med behandlingsnormen, og at det ikke forelå svikt ved helsehjelpen. Etter klage ble vedtaket stadfestet av Pasientskadenemnda 17. desember 2013.
- (12) A gikk etter dette til søksmål mot staten v/Pasientskadenemnda. Han hevdet at doktor B ikke hadde foretatt tilstrekkelig grundige undersøkelser. Subsidiært, og som ny anførsel i forhold til den forvaltningsmessige behandlingen av saken, ble det gjort gjeldende at det forelå informasjonssvikt ved at doktor B ikke hadde opplyst om risikoen for senere hjertelidelse, og om hvordan A skulle forholde seg ved symptomer på hjerteinfarkt. Haugaland tingrett avsa 26. juni 2015 dom med slik domsslutning:

**"1. Staten v/Pasientskadenemnda frifinnes.**

2. **A dømmes til å betale Staten v/Pasientskadenemnda saksomkostninger med 50 000 – femtitusen – kroner. Beløpet forfaller til betaling 14 – fjorten – dager etter forkynnelse av dommen."**
- (13) A anket dommen til Gulating lagmannsrett. For lagmannsretten gjaldt saken bare spørsmålet om informasjonssvikt. Lagmannsretten avsa 1. september 2016 dom med slik domsslutning:
- "1. **A har krav på skadebot fra staten v/Pasientskadenemnda.**
2. **I saksomkostnader for lagmannsretten betaler staten v/Pasientskadenemnda til A 191 134 – eithundreogtrentifire – kroner innen 2 – to – uker fra forkynning av denne dommen.**
3. **I saksomkostnader for tingretten betaler staten v/Pasientskadenemnda til A 271 280 – tohundreogsyttientusentohundreogåtti – kroner innen 2 – to – uker fra forkynning av denne dommen."**
- (14) Dommen er avsagt under dissens. To dommere kom til at det utgjorde svikt ved den helsehjelpen som A hadde mottatt fra doktor B, at han ikke var blitt uttrykkelig informert om at han hadde forhøyet risiko for hjertesykdom, og om hvordan han skulle forholde seg dersom han opplevde bestemte symptomer på slik lidelse. Flertallet mente videre at det forelå årsakssammenheng mellom mangelen på informasjon og As etterfølgende hjerteproblemer. Ved hjerteinfarkt er det viktig å komme raskt til behandling, og flertallet mente at A ville ha oppsøkt lege raskere med bedre informasjon.
- (15) En dommer mente at det ikke utgjorde svikt ved helsehjelpen når A ikke var blitt informert om risikoen for fremtidig hjertelidelse, og om symptomer og handlemåte dersom infarkt oppstod.
- (16) *Staten v/Pasientskadenemnda* har anket til Høyesterett. Anken gjelder lagmannsrettens bevisbedømmelse og rettsanvendelse. Høyesteretts ankeutvalg besluttet 22. november 2016 å henvise anken til behandling.
- (17) For Høyesterett er det innhentet skriftlige tilleggserklæringer fra professor dr. med. Rune Wiseth og dr. med. Per Anton Sirnes. De var sakkyndige vitner for lagmannsretten, og professor Wiseth var i tillegg oppnevnt som sakkyndig for tingretten. Også A har avgitt en tilleggserklæring for Høyesterett. Ellers står saken i samme stilling som for lagmannsretten.
- (18) Den ankende part – *staten v/Pasientskadenemnda* – har i hovedsak gjort gjeldende:
- (19) Mangel på informasjon om risikofaktorer ved sykdom kan utgjøre svikt ved ytelse av helsehjelp som kan utløse krav på erstatning etter pasientskadeloven § 2 bokstav a, men ikke i dette tilfellet.
- (20) Forarbeidsuttalelser og rettspraksis om plikt til å informere om risiko, gjelder risiko ved sykdom som pasienten allerede har, og om risiko ved behandling. Disse rettskildene har liten relevans for det som er spørsmålet i denne saken. Som den store hovedregel foreligger det ikke plikt til å informere om risiko for en sykdom som pasienten ikke har.

- (21) Normen for når det foreligger svikt, er vanlig god praksis i vedkommende yrkesgruppe, i dette tilfellet hjertespesialister i privat praksis. Normen er ikke optimal behandling.
- (22) Doktor B ga den informasjonen til A som kan forventes i den situasjonen som A befant seg i. Bs oppgave som spesialist var begrenset til å finne ut om As smerter skyldtes en hjertelidelse, og den mistanken ble avkreftet. Det var den sentrale opplysningen som B skulle gi en allerede engstelig A. Det var fastlegens oppgave å følge opp A. B tok likevel opp risikofaktorer for hjerte- karsykdommer som høyt blodtrykk, kolesterolnivå og røyking, og han oppfordret til sunt kosthold. Av dette kunne A slutte at det forelå en forhøyet risiko.
- (23) Det falt utenfor Bs oppgaver i tillegg å informere A om nøyaktig risikoprofil, nemlig en tiårs risiko på 15 prosent for alvorlig hjerte- eller karsykdom – hjertedød, infarkt eller slag – hvorav 5 prosent dødsrisiko, og om symptomer og handlemåte ved et mulig infarkt i fremtiden.
- (24) Tvert om ville det ha vært utilrådelig å gi A slik informasjon når utgangspunktet var at han allerede hadde en stresslidelse knyttet til jobben. Informasjon om forhøyet risiko for død eller annen alvorlig hjertesykdom ville bare ha økt angsten. Risikoprofilen over en tiårsperiode er dessuten ikke lineær. Viktigste risikofaktor er alder, slik at risikoen for A det første året var lavere enn en tiendedel av risikoen for tiårsperioden under ett.
- (25) Subsidiært anføres det at det ikke foreligger årsakssammenheng mellom manglende informasjon og skaden som A fikk. Det er typisk for infarkt at det utløses av anstrengelser, men infarktsmertene kom her mens A kjørte bil, og de lignet på tidligere myalgismerter. Da han kom hjem, ventet han med å gå til lege til dagen etter. Informasjon om risiko for infarkt hadde uansett gått ut på at den var svært liten. As adferd etter infarkt viser dessuten at han har problemer med å innrette seg etter råd fra legen, for eksempel å slutte å røyke. Det er derfor sannsynlig at han selv med grundigere informasjon ville ha handlet akkurat slik han gjorde – han ville ha ventet med å oppsøke lege til dagen etter.
- (26) Staten v/Pasientskadenemnda har nedlagt slik påstand:
- "1. Staten ved Pasientskadenemnda frifinnes.
  2. Staten ved Pasientskadenemnda tilkjennes sakskostnader for tingrett, lagmannsrett og Høyesterett."
- (27) Ankemotparten – A – har i korte trekk anført:
- (28) Terskelen for når det foreligger svikt ved ytelse av helsehjelp, er lav. Den må ses i lys av forarbeidenes understrekning av at utgangspunktet er pasientens, ikke legens, ståsted. Det må også tas hensyn til at utviklingen i rettspraksis for profesjonsansvar og informasjonsansvar, med utgangspunkt i skadelidtes berettigede forventning, mer generelt går i retning av et strengere ansvar.
- (29) Doktor Bs journal må forstås slik at A fikk beskjed om at han hadde en "fin risikoprofil". A selv har forklart at han oppfattet det slik at faren for hjerte- og karsykdom ble helt avkreftet. Dette var direkte villedende når risikoprofilen for de neste ti årene tilsa 15 prosent risiko for alvorlig hjerte- eller karsykdom, hvorav 5 prosent dødsrisiko. B kunne

ikke nøye seg med helt generelle opplysninger om risikofaktorer som kolesterol og blodtrykk. Journalen gir ikke holdepunkter for at A ble informert om røykingens betydning for hjerte- og karsykdom, og det kan ikke legges til grunn at dette var kjent for A. B skulle ha foretatt en totalvurdering av risikoprofilen, og A skulle ha vært opplyst om resultatet. Han skulle også ha blitt informert om mulige symptomer på infarkt i motsetning til myalgismerter, og hva han skulle foreta seg ved mistanke om infarkt.

- (30) Det lå naturlig i forlengelsen av utredningsoppdraget for B som hjertespesialist å informere om dette. B kunne ikke overlate det til fastlegen. Uansett dekker pasientskadeordningen også kumulative feil. Det er derfor uten betydning om det var B eller fastlegen som skulle ha informert.
- (31) As stresslidelse var jobbrelatert og ga ikke grunnlag for å unnlate å informere ham mer inngående om faren for fremtidig hjerte- eller karsykdom. Det var ingen risiko forbundet med å gi A bedre informasjon om dette, mens følgene kunne bli – og ble – store om A ikke kom raskt til lege ved infarkt.
- (32) Det foreligger årsakssammenheng mellom den manglende informasjonen og skaden som A fikk. Hadde han blitt informert om risikoprofil, symptomer på infarkt og at han straks måtte oppsøke lege ved slike symptomer, ville han ha gjort det. Da smertene satte inn, befant han seg 15 minutters kjøretur fra Ø universitetssykehus, dit han ble sendt med helikopter fra Z dagen etter.
- (33) A har nedlagt slik påstand:
- "1. Anken forkastes.
  2. A tilkjennes saksomkostninger for Høyesterett."
- (34) *Jeg er kommet til at anken fører frem.*
- (35) Det følger av pasientskadeloven § 2 første ledd bokstav a at den som har lidd tap på grunn av pasientskade, har krav på erstatning når skaden skyldes "svikt ved ytelsen av helsehjelp", selv om ingen er å klandre.
- (36) I NOU 1992: 6 Erstatning ved pasientskader er det i spesialmotivene til § 2 – lovforslagets § 3 – uttalt at ansvaret strekker seg videre enn til å være et tradisjonelt ansvar for uaktsom skadeforvoldelse – det er ikke et vilkår at noen kan bebreides for skaden. På den annen side gir ikke enhver skade rett til erstatning. Det må være noe irregulært som har skjedd. Den objektiverende vurderingen av dette skal knyttes til den faglige standarden som pasienten med rimelighet kan forvente.
- (37) I Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) side 64 gis det uttrykk for at begrepet "feil eller svikt", som var ordlyden i lovutkastet, skal ligge nær opp til uttrykket "adekvat" i det midlertidige regelverket, og at det er en lavere standard enn "optimal" behandling. Sammenligningsgrunnlaget skal være vanlig god praksis i vedkommende yrkesgruppe. I tilknytning til § 2 annet ledd om at det skal tas hensyn til om de krav som skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten, uttales det på side 90 i proposisjonen at perspektivet er skadelidtes forventninger snarere enn helsepersonellens handlemåte.

- (38) I Innst. O. nr. 68 (2000–2001) ble den objektiviserte vurderingen fremhevet og tydeliggjort ved at ordet "feil" ble fjernet fra lovteksten, og § 2 bokstav a fikk et tillegg om at det ikke er et vilkår at noen "kan lastes".
- (39) Samlet sett finner jeg det klart at selv om "svikt" gir uttrykk for en objektiv norm med utgangspunkt i skadelidtes forventninger til behandlingen, ligger det likevel en realitet i at det må foreligge en "svikt" – ikke enhver skade som forårsakes av helsehjelp, gir rett til pasientskadeerstatning. Hva som utgjør en "svikt", må vurderes med utgangspunkt i vanlig god praksis i vedkommende yrkesgruppe, i dette tilfellet hjertespesialister i privat praksis. Det må tas utgangspunkt i den fagkunnskap som var tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet.
- (40) Det følger av forarbeidene at også informasjonssvikt kan utløse krav på pasientskadeerstatning. Dette fremgår av spesialmotivene til § 2 – utkastets § 3 – i NOU 1992: 6 og av Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) side 72. Drøftelsene der tar imidlertid sikte på informasjon som forutsetning for et informert samtykke til behandling for en lidelse pasienten har. Manglende informasjon om risikoen for å få en sykdom pasienten ikke lider av, men har en viss forhøyet risiko for å få, drøftes ikke. Det utelukker imidlertid ikke at også mangel på slik informasjon etter omstendighetene kan utgjøre "svikt ved ytelsen av helsehjelp".
- (41) I bemerkningene i NOU 1992: 6 om manglende informasjon som mulig "svikt" ved helsehjelp, vises det til at rammene for informasjonsplikten er gitt i daværende legelov § 25 tredje ledd. Her stod det at legen "skal gi hver pasient de opplysninger han bør ha om sin helsetilstand og behandling". Nåværende lov om helsepersonell § 10 viser til bestemmelsen om informasjonsplikt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Der heter det at pasienten "skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen", og at pasienten også "skal ... informeres om mulige risikoer og bivirkninger".
- (42) I forarbeidene til helsepersonelloven, Ot.prp. nr. 13 (1998–1999), er det på side 221 uttalt om § 10 at den tar sikte på å kodifisere gjeldende rett etter legeloven § 25. Under punkt 6.2.1 på side 54 kommenteres gjeldende rett med at leger ikke bare skal gi opplysninger om faktiske forhold, men også gi "det man gjerne kaller legeråd". Legen skal gi veiledning "slik som en god lege vil gjøre det på grunnlag av erfaring og omtanke". Men det understrekes også at det nærmere omfanget av informasjonen beror på helsepersonellens skjønn innenfor det som er forsvarlig og nødvendig.
- (43) I forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven, Ot.prp. nr. 12 (1998–1999), finner vi de samme synspunkter som i forarbeidene til helsepersonelloven: På side 67 heter det at det i utgangspunktet vil være opp til legens skjønn å vurdere hvilke opplysninger som det er nødvendig å gi pasienten, og at opplysningene må tilpasses pasientens tilstand og sykdom, vedkommendes kunnskaper og muligheter til å ta til seg og oppfatte informasjonen, samt pasientens livssituasjon.
- (44) Det er imidlertid et gjennomgående trekk ved forarbeidene både til helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven at informasjonsplikten drøftes i tilknytning til sykdomstilstander som pasienten har, og mulige risikofaktorer ved behandlingen av disse. Informasjon om risiko for fremtidig sykdom kommenteres ikke.

- (45) Tilsvarende gjelder for rettspraksis om helsepersonells informasjonsplikt. En dom som særlig har vært trukket frem, er Rt-1998-1538, *cauda equina*. Her kom Høyesterett til at det utgjorde svikt ved ytelsen av helsehjelp at pasienten ikke på forhånd ble informert om en risiko før et operativt inngrep. Høyesterett viste til en uttalelse i Rt-1993-1169 som også gjaldt informasjon i forkant av en operasjon, om at det måtte være rom for skjønn fra legens side, men at et ledende synspunkt måtte være at pasienten måtte få "informasjon som ikke utelater vesentlige risikomomenter". I *cauda equina*-saken ble den aktuelle risikoen anslått til cirka fem prosent, og det var "i seg selv ikke en tilstrekkelig grunn til ikke å gi informasjon om den", heter det på side 1547.
- (46) Etter mitt skjønn må man skille mellom informasjon om sykdomstilstander som en pasient har, og informasjon om risiko for fremtidig sykdom. Det fremgår av de forarbeidene jeg har nevnt, at informasjonsplikten ved sykdommer som pasienten har, særlig er begrunnet i at pasienten skal kunne gi et informert samtykke til den foreslåtte behandlingen, og i at pasienten skal kunne medvirke ved behandlingen. Dette er annerledes ved risiko for fremtidig sykdom. I de sistnevnte tilfellene gjør særlig hensynet til ikke å skape unødig engstelse seg gjeldende på en annen måte enn når sykdommen først har inntruffet. Både hensynet til pasienten selv og til en effektiv utnyttelse av ressursene i helsevesenet tilsier at det ikke foreligger noen generell informasjonsplikt om slik fremtidig risiko.
- (47) Man kan altså ikke slutte fra Rt-1998-1538 at det generelt foreligger en plikt til å informere nærmere om risikoen for en sykdom som pasienten ikke har, straks risikoen for denne lidelsen i den aktuelle aldersgruppen er mer enn fem prosent.
- (48) Spesielt for hjerte- og karsykdommer gjelder at de nasjonale retningslinjene for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer som gjaldt i 2009, ikke gir holdepunkter for en plikt til å informere nærmere på individnivå om risikoprofil og mulige symptomer overfor personer i As situasjon.
- (49) Som nevnt innledningsvis fant lagmannsretten det bevist at doktor B informerte A om at han ikke hadde hjerte- karsykdom på undersøkelsestidspunktet, men en myalgilidelse i form av smerter fra muskulaturen i brystveggen. Det er ikke bestridt for Høyesterett at dette var en riktig diagnose. A har i sin skriftlige forklaring til Høyesterett gitt uttrykk for at han oppfattet det slik at han var "sund og rask". Lagmannsrettens flertall har lagt vekt på at doktor B sa til A at han hadde en "fin risikoprofil". Det er nærliggende å anta at A særlig har bitt seg merke i at mistanken om hjertelidelse ble avkreftet. Men skal det legges vekt på uttrykket "fin risikoprofil" fordi det forekommer i journalen, må uttrykket tolkes i den sammenheng det brukes der. A ble gitt helse råd som nettopp bygget på at han hadde en forhøyet risiko for fremtidig hjerte- eller karsykdom: Han måtte passe på diett og kolesterolnivå, skulle fortsette med betablokker og følges opp av fastlegen. Lagmannsretten fant det videre sannsynliggjort at B rådet A til å slutte å røyke. Det kan da ikke være avgjørende at A fikk opplyst fra doktor B at han "ellers" hadde en fin risikoprofil.
- (50) Det som kan sies å gjøre situasjonen noe spesiell, var at myalgismerter i brystregionen, som var det A hadde, kan minne om symptomene på hjerteinfarkt. Spørsmålet er om B av denne grunn skulle ha informert A mer nøyaktig om hans risikoprofil, hvordan infarktsymptomer arter seg i forhold til de myalgismertene han hadde, og innprentet hvor viktig det var å oppsøke lege raskt ved symptomer på infarkt.

- (51) De to sakkyndige vitnene, Wiseth og Sirnes, har gitt uttrykk for ulike syn på om B skulle ha informert A om dette. Wiseth mener at doktor B ikke hadde noen plikt til det og blant annet pekt på at det kunne føre til ytterligere engstelse og usikkerhet. Jeg oppfatter Sirnes slik at han mener A burde ha vært gitt slik informasjon.
- (52) Det er altså ikke et felles syn på dette hos de sakkyndige vitnene. Jeg vil peke på at risikoen for at A skulle få en hjertelidelse i den nærmeste tiden etter undersøkelsen, var liten. Lagmannsretten har på grunnlag av uttalelser fra Sirnes, som igjen er basert på anerkjente risikokalkulatorer for hjerte- og karsykdom, lagt til grunn at en person i As alder og situasjon hadde en risiko for hjerte- eller karsykdom på 15 prosent i løpet av en tiårsperiode, herunder en dødsrisiko på 5 prosent. Ifølge Wiseth betyr en dødsrisiko på 5 prosent i løpet av en tiårsperiode at dødsrisikoen det første året er lavere enn 0,5 prosent fordi økende alder i seg selv er en viktig risikofaktor. Tilsvarende må da gjelde for risikoen for en ikke dødelig hjerte- eller karsykdom i løpet av det første året i perioden. Det er i dette perspektivet doktor Bs informasjonsplikt må vurderes, ikke i lys av at A faktisk fikk et hjerteinfarkt bare noen måneder etter.
- (53) Hvorvidt det foreligger informasjonsplikt om risikoen for sykdommer som vil kunne inntre, og som har lignende symptomer som dem pasienten allerede har, må vurderes i det enkelte tilfellet ut fra en faglig vurdering av pasienten og hans tilstand. I vår sak mener jeg at det lå innenfor det faglig forsvarlige ikke å gi slik informasjon, når undersøkelsen av A avdekket at han ikke hadde hjertelidelse. Jeg legger da også en viss vekt på at A gikk i stadig jobbrelatert angst, og at det var et poeng i den totalvurderingen av situasjonen som måtte foretas, å unngå enda mer angst, selv på et annet grunnlag.
- (54) A har for Høyesterett anført at om ikke B skulle ha informert nærmere, måtte den plikten i så fall påhvile fastlegen, og han har pekt på at pasientskadeloven også dekker kumulative feil. Dette er en ny anførsel som ligger utenfor saken slik den står for Høyesterett. Innenfor det tidsperspektivet vi her står overfor mellom doktor Bs undersøkelse og infarkt, har jeg uansett vanskelig for å se at dette ville ha stilt saken i et annet lys.
- (55) Jeg er etter dette kommet til at anken fører frem, og at staten må frifinnes.
- (56) A har etter dette tapt saken. Saken har imidlertid reist et prinsipielt spørsmål som staten har en interesse i å få avklart, og det er stor forskjell i styrkeforholdet mellom partene. Jeg mener derfor at det ikke bør tilkjennes sakskostnader for noen instans, jf. tvisteloven § 20-2 tredje ledd.
- (57) Jeg stemmer for denne

## D O M :

1. Staten v/Pasientskadenemnda frifinnes.
  2. Sakskostnader tilkjennes ikke for noen instans.
- (58) Dommer **Webster:** Jeg er i det vesentlige og i resultatet enig med førstvoterende.



- (59) Dommer **Noer:** Likeså.
- (60) Dommer **Bergsjø:** Likeså.
- (61) Dommer **Endresen:** Likeså.
- (62) Etter stemmegivningen avsa Høyesterett denne

D O M :

1. Staten v/Pasientskadenemnda frifinnes.
2. Sakskostnader tilkjennes ikke for noen instans.

Riktig utskrift bekreftes: