

Regeringens proposition

1984/85:189

om patientjournallag m.m.:

beslutad den 28 mars 1985.

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag av regeringsprotokoll ovannämnda dag.

På regeringens vägnar

OLOF PALME

G. SIGURDSEN

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag till en patientjournallag. I lagen har samlats de grundläggande bestämmelserna om patientjournaler inom hälso- och sjukvården. Krav ställs på journalernas utformning, innehåll och hantering.

Skyldighet att föra journal åläggs de yrkesgrupper för vilka gäller föreskrifter om legitimation, nämligen barnmorskor, glasögonoptiker, logoped, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och tandläkare. Sådan skyldighet skall gälla även för de barnmorskor, läkare och tandläkare som med stöd av särskilt förordnande är behöriga att utöva yrket. Skyldig att föra journal är vidare den som, utan att vara legitimerad, är verksam som logoped, psykolog eller psykoterapeut inom allmän hälso- och sjukvård eller inom enskild hälso- och sjukvård som biträde åt legitimerad yrkesutövare. Därjämte är arbetsterapeut, kurator och sjukhusfysiker som är verksam inom den allmänna hälso- och sjukvården skyldig att föra journal.

Med skyldigheten att föra journal föreslås följa en skyldighet att på patientens begäran utfärda intyg om vården, undersökningen eller behandlingen.

I lagen föreslås vidare föreskrifter om en minsta bevarandetid för journaler. Bestämmelserna i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. – tillsynslagen – om förstöring av journaler har enligt förslaget förts över till den nya lagen och fått ett vidgat tillämpningsområde. Även föreskrifterna om sekretess i tillsynslagen föreslås bli överförda till patientjournallagen.

Genom ändring i tillsynslagen ges hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd möjlighet att överlämna vissa ärenden till sjukvårdshuvudmännen.

De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 1986.

Lagförslagen i denna proposition har granskats av lagrådet.

Propositionen innehåller därför tre huvuddelar: lagrådsremissen (s. 8), lagrådets yttrande (s. 54) och föredragande statsrådets anmälan av lagrådets yttrande (s. 55).

Den som vill ta del av samtliga skäl för lagförslagen måste därför läsa alla tre delarna.

1 Förslag till Patientjournallag

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall föras *patientjournal*. Patientjournal skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Med vård avses i denna lag även undersökning och behandling.

2 § Med patientjournal avses i denna lag de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder (*journalhandlingar*).

Som journalhandling anses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel.

Patientjournalens innehåll, utformning och hantering

3 § En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Uppgifterna skall föras in i journalen så snart det kan ske.

Om uppgifterna föreligger, skall en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

Patientjournalen skall vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

4 § Varje uppgift i en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården skall utformas så, att patientens integritet respekteras.

5 § De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt möjligt förståeliga för patienten.

6 § Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall än som avses i 13 §. Vid rättelse av en felaktighet skall det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den.

7 § Varje journalhandling skall hanteras och förvaras så, att obehöriga inte får tillgång till den.

Om en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen har lämnats ut till någon, skall det antecknas i patientjournalen vem som har fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut.

Bevarande av journalhandling

8 § En journalhandling skall bevaras minst tre år efter det den sista uppgiften fördes in i handlingen. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva att vissa slags journalhandlingar skall bevaras minst tio år.

Om arkivvård av patientjournaler i det allmännas verksamhet finns det särskilda bestämmelser.

Skyldighet att föra patientjournal

9 § Skyldig att föra patientjournal är

1. den som enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, är verksam som logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare,
3. den som är verksam som arbetsterapeut, kurator eller sjukhusfysiker i den allmänna hälso- och sjukvården.

Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.

Skyldighet att utfärda intyg om vården

10 § Den som enligt 9 § är skyldig att föra patientjournal skall på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

Offentlighet och sekretess m.m.

11 § Om rätten att ta del av journalhandlingar inom den allmänna hälso- och sjukvården finns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen (1980:100).

12 § En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård skall på begäran av patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om inte annat följer av 6 § andra stycket eller 6 a § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Frågor om utlämnande av en journalhandling enligt första stycket prövas av den som är ansvarig för patientjournalen. Anser denne att journalhand-

lingen eller någon del av den inte bör lämnas ut, skall han genast med eget yttrande överlämna frågan till socialstyrelsen för prövning.

I fråga om överklagande av socialstyrelsens beslut enligt andra stycket gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 15 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).

13 § På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i en patientjournal får socialstyrelsen förordna att journalen helt eller delvis skall förstöras. Förutsättning för detta är dels att godtagbara skäl anförs för ansökan, dels att patientjournalen eller den del därav som skall förstöras uppenbarligen inte behövs för patientens vård och dels att det från allmän synpunkt uppenbarligen inte finns skäl att bevara journalen.

Innan ansökan slutligt prövas, skall den som ansvarar för patientjournalen beredas tillfälle att yttra sig.

Om socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av en patientjournal, får beslutet överklagas hos kammarrätten genom besvär. Om socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan, får beslutet inte överklagas.

Ytterligare föreskrifter

14 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från bestämmelsen i 5 § att en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skriven på svenska språket.

15 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter i de frågor som avses i denna lag.

Regeringen får överlåta åt den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om en journalhandlings innehåll, utformning och hantering.

Patientjournaler i krig m.m.

16 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om patientjournaler i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

2. Bestämmelserna i 12 § första stycket gäller inte journalanteckningar som har tillkommit före den 1 juli 1980.

3. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om överklagande av socialstyrelsens beslut angående förstöring av patientjournal när beslutet har meddelats före den 1 januari 1986.

4. Förekommer i lag eller annan författning hänvisning till en föreskrift som har ersatts genom en bestämmelse i denna lag tillämpas i stället den nya bestämmelsen.

2 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.¹

dels att 8–11 §§ och punkt 1 övergångsbestämmelserna till lagen skall upphöra att gälla,

dels att rubriken närmast före 8 § skall utgå,

dels att 13, 38 och 43 §§ skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

13 §²

Har åtgärder vidtagits för att atala den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, får disciplinärt förfarande enligt denna lag ej inledas eller fortsättas i fråga om den förseelse som avses med åtgärden. Underrättelse enligt 29 § får dock ske.

Anmälan till åtal skall ske, om den mot vilken disciplinpåföljd ifrågasätts är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott, för vilket fängelse är föreskrivet.

Anmälan till åtal skall göras av socialstyrelsen om annat inte följer av 38 § *andra* stycket.

Anmälan till åtal skall göras av socialstyrelsen om annat inte följer av 38 § *tredje* stycket.

38 §

Disciplinärende beträffande arbetstagare får överlämnas av ansvarsnämnden till arbetsgivaren för den åtgärd som kan ankomma på honom, om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden inte är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt.

Innehåller en anmälan till ansvarsnämnden klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen hos en landstingskommun eller över något annat liknande förhållande och är det uppenbart att anmälan inte kan föranleda disciplinansvar enligt denna lag, får nämnden överlämna anmälan i den delen till landstingskommunen för åtgärd. Vad som sägs om landstingskommun gäller också kommun som inte ingår i en landstingskommun.

Finner ansvarsnämnden i ett där anhängigt ärende att förutsättningarna enligt 13 § *andra* stycket för anmälan till åtal föreligger, skall nämnden fullgöra anmälningsskyldigheten.

¹ Senaste lydelse av 9 § 1980:989.

² Senaste lydelse 1984:543.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*43 §³

I fråga om talan mot socialstyrelsens beslut enligt 10 § gäller i tillämpliga delar 15 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).

Om socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av en journal, får beslutet överklagas hos regeringen genom besvär.

Om socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

Socialstyrelsens beslut att förelägga vite enligt 7 § får överklagas hos kammarrätten genom besvär.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

³ Senaste lydelse 1981:1246.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1985-03-21

Närvarande: statsministern Palme, ordförande, och statsråden Lundkvist, Feldt, Sigurdsen, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Andersson, Bodström, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Thunborg, Wickbom

Föredragande: statsrådet Sigurdsen

Lagrådsremiss med förslag till patientjournallag m.m.

1 Inledning

Journalutredningen tillsattes i början av år 1980 för att se över gällande råd om gallring av den allmänna hälso- och sjukvårdens medicinska arkiv och avgav år 1982 delbetänkandet (Ds S 1982:5) Bevarande av journaler m.m. Till utredningen hade lämnats i tilläggsuppdrag att göra en översyn av utformningen av den grundläggande patientdokumentationen inom hälso- och sjukvården med hänsyn såväl till patienternas intresse av god och säker vård som till deras integritets- och rättssäkerhetsintressen (Dir. 1980:76). I september 1982 tillkallades en särskild utredare¹ för detta uppdrag. Den särskilde utredaren avlämnade i september 1984 journalutredningens huvudbetänkande (SOU 1984:73) Patientjournalen. I denna lagrådsremiss behandlas endast sistnämnda betänkande.

Betänkandet har remissbehandlats. Till protokollet i detta ärende bör fogas dels utredningens sammanfattning av betänkandet som *bilaga 1*, dels de lagförslag som läggs fram i betänkandet som *bilaga 2*, dels en förteckning över remissinstanserna och en inom socialdepartementet gjord sammanställning över remissyttrandena som *bilaga 3*.

Beträffande nuvarande reglering av patientjournaler m.m. samt utredningens närmare överväganden hänvisas till betänkandet.

En särskild arbetsgrupp inom socialdepartementet har utvärderat verksamheten med förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen har redovisat sina förslag i rapporten (Ds S 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Rapporten har remissbehandlats. Arbetsgruppen har bl.a. föreslagit att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

¹ Professor Sven Dahlgren, Umeå.

(IISAN) ges möjligheter att överlämna vissa ärenden till sjukvårdshuvudmännen. I det följande behandlar jag rapporten i denna del. Till protokollet i detta ärende bör fogas en inom socialdepartementet gjord sammanställning av remissyttrandena över arbetsgruppens förslag i denna del som *bilagga 4*.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag gjort en allmän översyn av de bestämmelser som gäller läkares skyldighet att på den enskildes begäran utfärda läkarintyg. Uppdraget har i juni 1983 redovisats i en promemoria som har remissbehandlats. Även denna fråga tar jag nu upp.

2 Allmän motivering

2.1 Allmänna utgångspunkter

Under 1970-talets senare hälft och i början av 1980-talet har bedrivits ett intensivt reformarbete på vårdområdet, som inte endast omfattat den allmänna hälso- och sjukvården utan även socialtjänsten, tandvården, företagshälsovården, omsorgerna om utvecklingsstörda och hälsoskyddet.

Patientens situation i den moderna hälso- och sjukvården har i detta arbete rönt ökad uppmärksamhet. Under denna tid genomfördes reformer med syftet att i högre grad än tidigare tillvarata patientens rätt och intressen i vården. Exempel på detta är hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen). Det har i dessa sammanhang ofta framhållits att dagens tekniskt avancerade sjukvård medför risk för att det personliga omhändertagandet blir lidande. Vårdresultatet beror inte som förr på insatser av endast en eller ett par läkare och deras nära medarbetare, utan också på det arbete som utförs av tekniker och andra specialister som patienten sällan kommer i närmare kontakt med.

Patienter som uppsöker hälso- och sjukvården har förväntningar på personalens beteende och man brukar tala om olika roller i vårdkontakten. Patientrollen har tidigare inte sällan kännetecknats av passivitet och särskilt läkarrollen av auktoritet. Många patienter är numera vana från arbetslivet och andra områden att själva ta ansvar och utöva inflytande. De ser sig inte som endast föremål för andras omvårdnad, utan ifrågasätter och ställer krav. Ett av målen i den nu gällande utbildningsplanen för läkare är att öva upp förmågan till god kontakt och samarbete med patienten. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går således mot en mer jämbördig rollfördelning mellan patienterna och personalen. Många anser dock att förändringsprocessen går alltför långsamt.

Reglerna om personalens vårdansvar är viktiga för allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Att fel och försummelse i vården kan påtalas och beivras innebär i sig ett inskräpande av att patienten skall behandlas omsorgsfullt och korrekt. Huvudlinjerna i ansvarssystemet finns i tillsynslagen. Denna lag innehåller vissa centrala regler om patientens rättsställning.

Allmänna åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen är att behandla patienten med aktning och förståelse, att om möjligt utforma och genomföra vården i samråd med honom samt att informera honom om hans hälsotillstånd och den behandling som står till buds.

Samtidigt med tillsynslagen utfärdades en lag om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården (1980:12). Denna lag, som gäller för en femårig försöksperiod, avser att komplettera ansvarsreglerna med andra insatser från det allmännas sida för att ge patienterna hjälp och stöd i deras kontakter med hälso- och sjukvården. Lagen om förtroendenämnder skall ses mot bakgrund av att personalen av olika anledningar – tidsnöd, missförstånd etc. – inte alltid lyckats tillgodose kontakt- och informationsbehovet.

Av central betydelse för hälso- och sjukvården är HSL som trädde i kraft den 1 januari 1983. Denna lag innehåller, utöver en målbestämmelse för all hälso- och sjukvård, bestämmelser om ansvar och uppgifter för landstingens hälso- och sjukvård. HSL riktar sig alltså till sjukvårdshuvudmännen, medan tillsynslagen riktar sig till främst hälso- och sjukvårdspersonalen. De båda lagarna kompletterar varandra och samverkar när det gäller målet för verksamheten. Enligt 3 § HSL skall landstingen erbjuda en god hälso- och sjukvård. Härmed avses bl.a. att vården skall genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan vårdpersonalen och patienten.

Regeringen har denna dag beslutat att lägga fram förslag till vissa ändringar i HSL i en hälso- och sjukvårdspolitisk proposition. Också i denna behandlas patientens roll i vården.

Hälso- och sjukvården har under de senaste årtiondena genomgått en snabb utveckling. Organisatoriskt har genomförts ett i princip enhetligt huvudmannaskap med landstingskommunerna och de kommuner som inte ingår i någon landstingskommun, d.v.s. Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner, som ansvariga för hela den offentliga hälso- och sjukvården inom sina respektive områden.

Även om staten inte längre deltar i själva driften av vården så har staten självklart ett övergripande ansvar för vården, vilket fullgörs på olika sätt, bl.a. genom särskilda statsbidrag och via sjukförsäkringen. Socialstyrelsen medverkar i planeringen på central nivå och utövar tillsynen inom området.

Kommuner och landstingskommuner har i dag vidsträckta befogenheter att själva ombesörja sina angelägenheter. Det finns en klar strävan att ytterligare förstärka denna handlingsfrihet. Många utredningar har genomförts eller pågår med syfte att begränsa den statliga detaljregleringen av den kommunala verksamheten och att decentralisera arbetsuppgifter från staten till kommuner och landstingskommuner.

Statsmakternas syn på frågan om samspelet mellan staten, å den ena sidan, samt kommunerna och landstingen, å den andra, har redovisats i flera propositioner. På hälso- och sjukvårdens område har frågan behandlats i propositionen om hälso- och sjukvårdslag, m.m. och i samband med

översynen av socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. Den nya hälso- och sjukvårdslagen ger stort utrymme för landstingen att utforma värden efter lokala och regionala behov och förutsättningar. I propositionen till lagen uttalas bl.a. att den statliga tillsynen bör avse främst allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning till huvudmännen. Samtidigt påpekas att hälso- och sjukvårdens insatser ofta är särskilt ingripande i den enskilda människans tillvaro. Vården skall dessutom på lika villkor vara tillgänglig för hela befolkningen och tillgodose människors behov av trygghet och säkerhet i medicinskt och rättsligt hänseende. När det gäller dessa uppgifter är socialstyrelsen och HSAN statliga förvaltningsmyndigheter. En viktig del av socialstyrelsens tillsyn är att fortlöpande följa i vilken utsträckning de av riksdag och regering fastlagda målen för hälso- och sjukvården förverkligas. För detta krävs statliga regler och en statlig tillsyn.

Journalutredningen har haft i uppdrag att göra en översyn av utformningen av den grundläggande patientdokumentationen inom hälso- och sjukvården med hänsyn såväl till patienternas intresse av en god och säker vård som till deras rättssäkerhets- och integritetsintressen.

Journalutredningen har utfört sitt arbete i god överensstämmelse med det reformarbete som bedrivits och bedrivs inom vårdområdet. Utredningen föreslår en gemensam lag om patientjournaler för all hälso- och sjukvård. Jag anser att utredningens förslag är väl ägnat att ligga till grund för lagstiftning. De förslag som jag lägger fram i det följande bygger i huvudsak på utredningens förslag.

I sitt betänkande redovisar utredningen ingående de komplicerade frågor som hänger samman med integritet och sekretess inom hälso- och sjukvården och förordar bl.a. en klargörande tolkning av vad begreppet självständig verksamhetsgren i sekretesslagen (1980:100) innebär för hälso- och sjukvården. Utredningen uppmärksammar även de särskilda integritets- och sekretessfrågor som uppkommer vid dataregistrering av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Jag anser att utredningens överväganden i dessa delar är värdefulla och att de bör ligga till grund för ytterligare analyser i ämnet. Sådana analyser kan lämpligen göras inom data- och offentlighetskommittén (Ju 1984:06) (DOK). Jag har i denna fråga samrått med chefen för justitiedepartementet.

De förslag som jag i det följande lägger fram på grundval av utredningens betänkande kan genomföras inom ramen för oförändrade resurser eller finansieras genom rationaliseringar av pågående verksamhet.

2.2 Den nya lagens tillämpningsområde m.m.

Mitt förslag: En ny lag – patientjournalagen – införs. Lagen innehåller de grundläggande föreskrifterna om journalföringen inom hälso- och sjukvården.

Lagen gäller all individinriktad vård av patienter inom hälso- och sjukvården. Patientjournal skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Med *patientjournal* avses den samling av handlingar som upprättas eller kommer in i samband med vården av en patient. Varje enskild handling benämns *journalhandling*.

Lagen är teknikneutral. Den gäller oberoende av om uppgifterna om en patient förts in i en pappershandling, registrerats på data, tagits upp på band eller filmats.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är positiva till att de grundläggande bestämmelserna om journalföringen tas in i en lag och tillstyrker i huvudsak utredningens lagförslag. (Se bilaga 3 avsnitt I.)

Skälen för mitt förslag: Inom hälso- och sjukvården förs i dag patientjournaler i stor omfattning. I en journal antecknas och dokumenteras på annat sätt en stor mängd uppgifter som rör undersökning, vård och behandling av patienten. Detta gör det möjligt för t.ex. en läkare att följa utvecklingen för de egna patienterna och att snabbt inhämta nödvändiga kunskaper om en ny patient. Journalen skall i första hand kunna användas av hälso- och sjukvårdspersonalen som ett arbetsinstrument för planering, genomförande och uppföljning av vården.

Journalföringen ger också samhället möjlighet att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården. Ett förstahandsintresse för patienterna är att få en god och säker vård och då avses även olika behov av inflytande på den egna situationen, önskemål beträffande det personliga bemötandet och omvårdnaden i övrigt. Om vården brister i något avseende måste patienten garanteras en möjlighet att få saken utredd så att eventuella fel och försummelser klarläggs och beivras. Journalföringen har därvid stor betydelse. Det är i själva verket så att journalhandlingar normalt är de viktigaste bevismedlen i ärenden hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Socialstyrelsens tillsynsverksamhet grundas också till stor del på upplysningar i enskilda fall. Huvudsyftet med anmälningsskyldigheten enligt förordningen (1982:772) om skyldighet för landstingskommuner att anmäla till socialstyrelsen vissa skador och sjukdomar som inträffat i hälso- och sjukvården (den s.k. Lex Maria) är att få till stånd en objektiv utredning om anledningen till det inträffade – t.ex. tekniskt fel på apparatur, den mänskliga faktorn eller

vårdslöshet eller försummelse från någon bland personalen. Det är många gånger av stor betydelse för såväl personalen som patienten eller hans anhöriga att från sakkunnig instans få klarhet i varför skadan eller sjukdomen uppstått. Viktigast är dock att en anmälan kan leda till att socialstyrelsen meddelar föreskrifter eller på annat sätt ingriper för att förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden. För att detta arbete överhuvud taget skall kunna fullgöras krävs vissa uppgifter och därvid anses journalmaterial vara grundläggande.

Under senare tid har även forskningens intresse av journalmaterialet kommit i förgrunden bl.a. för att förebygga sjukdomar och skador inom t.ex. den yrkesmedicinska verksamheten och inom företagshälsovården. Patienten har samtidigt ett starkt intresse av att personliga uppgifter om honom inte sprids obehörigen. Användningen av nya dokumentationsmetoder såsom band- och videoupptagningar, fotokopiering, datateknik och mikrofilmning inom den moderna hälso- och sjukvården försvårar kontrollen över hur uppgifterna sprids. Patienternas integritetsintressen motiverar en kritisk granskning av behovet av dokumentation om personliga förhållanden.

De bestämmelser som i dag finns om journalföring har beslutats av riksdagen, regeringen och olika förvaltningsmyndigheter, främst socialstyrelsen. Bestämmelserna är spridda på ett flertal författningar och därför svåra att överblicka. Skyldigheten att föra journal är begränsad till några få grupper av hälso- och sjukvårdspersonalen. I allmänhet föreskrivs endast att en del grundläggande uppgifter skall antecknas i journalen. Det finns t.ex. inte några allmänna bestämmelser om hur en journal skall vara utformad eller hur den skall förvaras.

Det förslag till lag om patientjournaler som jag nu lägger fram innebär att de grundläggande bestämmelserna om patientjournaler samlas i en lag. Bestämmelserna gäller all hälso- och sjukvård, dvs. både den allmänna och enskilda hälso- och sjukvården. I sak innebär detta inte någon skillnad i förhållande till utredningens förslag, enligt vilket lagen skulle omfatta den vård av patienter som meddelas av hälso- och sjukvårdspersonalen. Jag har dock funnit det naturligare och mera klagörande att direkt knyta an till hälso- och sjukvårdsbegreppet såsom detta kommer till uttryck i främst hälso- och sjukvårdslagen.

Patientjournalagen – som jag har valt att benämna den nya lagen – kommer således att gälla all landstingskommunal hälso- och sjukvård, folktandvården inbegripen, men också t.ex. företagshälsovården. Den gäller också all hälso- och sjukvårdsverksamhet som utövas av privat verksamma yrkesutövare. Även i de fall hälso- och sjukvården inte utövas i självständiga former, såsom förekommer inom t.ex. skolhälsovården och f.n. omsorgsverksamheten, blir lagen tillämplig på verksamheten. Lagen omfattar emellertid inte den verksamhet som regleras i lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (kvacksalverilagen).

Vid all undersökning, vård och behandling av patienter inom hälso- och sjukvården skall patientjournal föras. Kraven på journalföring bör dock gälla endast den individuellt inriktade verksamheten inom hälso- och sjukvården. Den dokumentation som sker vid t.ex. miljöinriktade åtgärder eller hälsouppllysning till olika grupper av befolkningen skall således inte betraktas som journalmaterial.

Kravet på journalföring avses gälla generellt, dvs. i alla situationer eller verksamheter som innehåller individuellt inriktade vård- och behandlingsmoment. Som jag strax skall redogöra för, skall alltid vissa nödvändiga uppgifter om patienten och vården antecknas i journalen. Detta innebär att något utrymme för anonymitet i vården inte kan ges. En god och säker vård förutsätter nämligen att åtminstone vissa fundamentala uppgifter dokumenteras i journalen. Även patientens rättssäkerhet och tillsynsmyndigheternas uppföljning och kontroll förutsätter att sådana uppgifter finns tillgängliga.

Liksom f.n. sker bör en patientjournal föras för varje patient. Detta innebär att journaler som är gemensamma för flera patienter inte får förekomma.

Det torde i allmänhet inte bereda några svårigheter att avgöra för vem journal skall föras. Nästan undantagslöst finns det en person som sökt vård eller på annat sätt accepterat att vara patient. Inom psykiatri talar man om "den identifierade patienten", varmed avses den individ som av omgivningen uppfattas som den sjuke. Det är denne som i första hand blir föremål för journalföring. Under behandlingens gång kan det emellertid visa sig, att t.ex. även övriga medlemmar av familjen behöver vård. Man får då lägga upp en journal för var och en av dessa.

Vid all hälso- och sjukvård är det ett absolut krav att den enskilde är medveten om att journal förs för honom. Detta är en integritets- och förtroendefråga av stor betydelse. Vad jag nu har sagt hindrar naturligtvis inte journalföring beträffande t.ex. medvetlösa och icke-identifierbara personer.

Grundläggande krav på journalens innehåll saknas i stort sett idag. Journalerna har ett skiftande innehåll delvis beroende på vem som för journalen och vilken sjukdom patienten behandlas för. Givetvis har avsaknaden av regler bidragit till den växlande kvalitén på journalerna. I det följande kommer jag att föreslå att vissa allmänna krav på journalerna införs. Utgångspunkten för mina förslag är att det som antecknas i journalen skall kunna tjäna patientens intresse av en god och säker vård samtidigt som rättssäkerhets- och integritetsintressena tas tillvara.

Så långt det är möjligt bör uppgifter om tredje person undvikas i en patients journal. Det skulle dock föra för långt att helt förbjuda detta. I flera vanliga situationer kan ju en sådan notering vara viktig och helt oförarglig, t.ex. uppgift om vilken anhörig som skall underrättas om patientens tillstånd försämrats. En god vård kan i bland också förutsätta att patienten ses i sitt sociala sammanhang, vilket gör det nästan ofrånkomligt att även beröra de

människor som omger honom. En betydande återhållsamhet bör dock iakttas när det gäller uppgifter om andra personer än patienten.

Det har visat sig att det råder osäkerhet om innebörden av begreppet journal. Det tycks t.ex. finnas en utbredd osäkerhet om vilken ställning nya dokument i värden har i förhållande till den journal som fortlöpande förs över patienten. Denna osäkerhet har i vissa fall inneburit svarigheter för patienterna att utöva sina rättigheter. En strikt terminologi är därför av stor betydelse. Den renodling av begreppen som jag föreslår avser att undanröja de oklarheter som finns i dessa fragor.

Den vanliga journalen är egentligen en samling fristående handlingar, som har det gemensamt att de i vidare mening berör värden av en enskild patient. Man skulle därför i stället för patientjournal kunna välja en helt ny term, t.ex. "patientakt/patientdossier" eller "den samlade patientdokumentationen". En sådan term skulle måhända klarare utmärka att en journal inte endast innehåller anteckningar i diarie- eller dagboksform eller består uteslutande av en dokumentation om vård- och behandlingsåtgärder. Termen journal är emellertid vedertaget språkbruk i hälso- och sjukvården. Jag har därför i likhet med utredningen valt att behålla termen "patientjournal" eller förkortat "journal" som beteckning på det samlade materialet om en patient. De handlingar som ingår i patientjournalen benämns journalhandlingar. Även remissinstanserna har ställt sig bakom utredningens terminologi.

Med patientjournal avser jag således en samling av upprättade eller inkomna journalhandlingar med uppgifter om en enskild patients hälsotillstånd och andra personliga förhållanden samt andra uppgifter som rör värden av patienten. Också intyg som utfärdas över vård och behandling skall betraktas som journalhandling.

Patientjournallagen föreslås vara "teknik-neutral". Med journalhandling avses därför alla former av framställningar och upptagningar vare sig de utförts manuellt, mekaniskt eller elektroniskt. Journaler kan alltså helt eller delvis utgöras av ADB-, video- eller diktafonupptagningar. Röntgenfilmer, EKG-kurvor och fotografier är också journalhandlingar. Lagens bestämmelser gäller således både uppgifter i pappershandlingar av konventionellt slag och uppgifter på andra informationsbärande medier. Jag har valt samma definition på journalhandling som gäller för handling enligt 2 kap. 3 § tryckfrihetsförordningen.

JK har i sitt remissyttrande över utredningens betänkande framhållit, att den valda definitionen på patientjournal torde leda till att det i den allmänna hälso- och sjukvården kan komma att finnas journalhandlingar som inte är att betrakta som allmän handling.

För egen del bedömer jag denna fråga på följande sätt. I patientjournalen finns ofta handlingar som är att betrakta som journal enligt 2 kap. 7 § andra stycket 1. tryckfrihetsförordningen. Att sådana handlingar skall hänföras till allmän handling är uppenbart. Som förutsättning för att andra handlingar

skall anses såsom allmän handling krävs enligt tryckfrihetsförordningen att de förvaras hos en myndighet och är att anse som inkomna till eller upprättade hos myndigheten.

Enligt min mening är samtliga journalhandlingar som ingår i en patientjournal och förvaras inom den allmänna hälso- och sjukvården allmänna handlingar enligt tryckfrihetsförordningen, givetvis med undantag för minnesanteckningar, utkast, koncept o.dyl. De är således underkastade tryckfrihetsförordningens och sekretesslagens (1980:100) bestämmelser om offentlighet och sekretess. Jag har i denna fråga samrått med chefen för justitiedepartementet.

Handlingar som upprättas och kommer in i den enskilda vården bibehåller givetvis även fortsättningsvis sin karaktär av enskild handling så länge de förvaras där.

2.3 Krav på patientjournaler och journalhandlingar

Mitt förslag: Patientjournalen skall ha det innehåll och den utformning att den kan utgöra underlag för en god och säker vård av patienten. Följande uppgifter skall – om uppgifterna föreligger – finnas i varje *patientjournal*:

- uppgift om patientens identitet.
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården.
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder.
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.
- uppgift om vem som gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjorts.

För *journalhandlingar* som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vidare gälla följande krav:

- varje uppgift i en journalhandling skall utformas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras.
- varje journalhandling skall vara skriven på svenska språket samt vara tydligt utformad och så långt möjligt förståelig för patienten.

För *alla journalhandlingar* skall följande gälla:

- de skall hanteras och förvaras så, att obehöriga inte får tillgång till dem.
- när en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen lämnas ut skall anteckning göras i patientjournalen om vem som fått handlingen, avskriften eller kopian och när den har utlämnats.
- uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga såvida inte beslut har fattats om förstöring.
- vid rättelse av en journalhandling skall anges tidpunkt för rättelsen och vem som gjort denna.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag. Utredningens lagförslag är dock inte lika detaljerat som mitt.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är i huvudsak positiva till utredningens förslag. I flera yttranden påtalas att bestämmelserna i vissa avseenden är alltför allmänt hållna och att preciseringar i lagtexten är påkallade. (Se bilaga 3 avsnitt II.)

Skälen för mitt förslag: Ett primärt intresse för patienten är att få en god och säker vård. Samma mål har givetvis även vårdgivaren och journalen är då ett viktigt hjälpmedel. Journalen skall först och främst kunna användas av hälso- och sjukvårdspersonalen som ett arbetsinstrument för planering, genomförande och uppföljning av vården. Journaluppgifter utnyttjas emellertid också i flera andra för hälso- och sjukvården viktiga sammanhang, t.ex. i klinisk och epidemiologisk forskning.

För att journalen skall kunna fylla sin huvuduppgift i patientvården krävs att den innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information. Vad detta konkret innebär kan variera starkt mellan olika yrkesutövare och olika verksamheter.

Behovet av dokumentation om patientens personliga förhållanden måste värderas kritiskt från fall till fall. Utgångspunkten är att journalen skall tjäna patientens intresse av en god och säker vård, samtidigt som den måste tillgodose kraven på rättssäkerhet och integritet. Även forskningens behov av välgrundade uppgifter från den kliniska verksamheten bör beaktas där så är möjligt.

De skilda förutsättningarna för olika verksamheter och olika yrkesutövare innebär att en allmänt gällande journallag inte kan innehålla någon detaljerad reglering av journalens utformning, innehåll och hantering. Vissa grundläggande krav på journalerna i lagen är dock en nödvändig förutsättning för att lagen skall kunna tjäna sitt syfte.

Journalutredningen har i sitt betänkande väl beskrivit de frågor som är viktiga att beakta när kraven på journalens innehåll, utformning och hantering övervägs. Utredningen har valt att i själva lagen endast ange målet för journalföringen och i övrigt ansett att den närmare regleringen bör vara en fråga för främst vissa förvaltningsmyndigheter.

Jag instämmer i sak i utredningens överväganden om vilka krav som bör ställas på journalen. Jag har dock valt att i mitt förslag till patientjournallag hålla kraven på patientjournal och journalhandling samlade och att uttrycka dem något utförligare än vad utredningen gjort i sitt förslag till lagstiftning.

Jag delar utredningens och remissinstansernas uppfattning att ett grundläggande krav på patientjournalen måste vara att den innehåller de uppgifter som behövs för en *god och säker vård* av patienten. Jag kan här ansluta mig till remissinstansernas uppfattning att lagen bör innehålla bestämmelser som anger de viktigaste av dessa uppgifter. Självfallet kan det härutöver finnas

behov av ytterligare bestämmelser. Bl.a. kan vissa verksamheter komma att behöva detaljregleras i fråga om journalföringen. Jag tänker här närmast på den psykiatriska tvångsvården. Det bör ankomma på regeringen och förvaltningsmyndigheterna att meddela sådana föreskrifter.

Jag föreslår att *varje patientjournal* skall innehålla uppgifter om *patientens identitet*. Som jag tidigare framhållit bör kravet på journalföring gälla vid all vård av patienter vilket innebär att patienterna inte kan vara anonyma. Uppgifter som behövs för att identifiera patienten kommer således alltid att krävas. Nu för tiden redovisas allmänt patientens personnummer, förutom namn och adress. Förr angavs vanligen födelsedatum.

Jag föreslår att en bestämmelse tas in i journallagen om att varje journal skall föras med uppgifter om patientens identitet. Föreskriften behövs för en säker vård. Huvudsaken är då att man kan hänföra den medicinska informationen till rätt person. Eftersom personnumret är unikt för varje individ är detta den bästa identifikationsuppgiften.

För forskare som arbetar med stora statistiska material, t.ex. i epidemiologisk forskning, är fullständigt personnummer ofta en nödvändighet. För att förhindra förväxlingar kan det av vårdskäl vara motiverat med fullständigt personnummer, eftersom det emellanåt inträffar att patienter har samma namn och födelsestid. Som utredningen påpekat kan det ibland vara svårt att utläsa av förnamnet om det är en kvinna eller en man, varför även uppgift om kön kan vara lämplig. Skyldigheten att föra journal gäller också vid vården av personer som på grund av medvetlöshet, ålder, psykiska eller andra skäl inte kan medverka till att få fram säkra uppgifter om sin identitet. Nyfödda barn liksom vissa utländska medborgare har inte något personnummer. För dessa situationer har socialstyrelsen i en författning (SOSFS 1980:80) om åtgärder för att förhindra förväxlingar inom sjukvården angett att personnummer kan ersättas av ett löpnummer.

Flera remissinstanser som företräder forskningsintressen har förordat personnummer som identifikationsuppgift. Jag vill i det här sammanhanget erinra om att DOK har i uppdrag att se över användningen av personnummer inom olika sektorer av samhället. I avvaktan på resultatet av DOK:s arbete är jag inte beredd att föreslå ett lagstadgat krav på personnummer i patientjournalen.

Enligt min uppfattning bör varje patientjournal innehålla *väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården (anamnes), uppgifter om ställd diagnos och anledningen till mera betydande åtgärder och väsentliga uppgifter om vidtagna eller planerade åtgärder*.

Om en beslutad åtgärd av någon anledning inte vidtas bör även orsaken till detta antecknas i journalen.

Omfattningen av uppgifterna varierar givetvis starkt beroende på vad patienten söker vård för, vem han söker och var han söker.

En god hälso- och sjukvård skall även omfatta insatser inriktade mot att förebygga ohälsa. Dessa förebyggande insatser förutsätter kunskap om hälsorisker.

Det är mot denna bakgrund angeläget att vid journalföringen uppmärksamma relevanta uppgifter för det förebyggande arbetet. Uppgifter om t.ex. patientens yrke och arbetsmiljö har visat sig vara av utomordentligt stor betydelse för att klarlägga sambanden mellan arbetsmiljö och ohälsa.

Det finns många exempel på att man genom att registrera uppgifter av detta slag i samband med vården avsevärt ökat möjligheterna att identifiera olika riskfaktorer samtidigt som möjligheterna ökat att tidigt uppmärksamma dessa risker inom berörda yrkesgrupper.

Vidare är sådana uppgifter av grundläggande betydelse för den epidemiologiska forskning som syftar till att klarlägga samband mellan olika hälsorisker och ohälsa t.ex. vad avser yrkesbetingad cancer.

De angivna kraven innebär inte några organisatoriska eller sjukvårdsmässiga olägenheter för utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

I likhet med utredningen anser jag att varje patientjournal skall innehålla uppgift om *vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjorts*. Bestämmelsen innebär att uppgifter om journalförarens identitet och yrkeskompetens bör finnas i journalen. Att sådana uppgifter finns är viktigt, inte minst vid prövningen av ansvarsärenden. Också vårdpersonalens arbete underlättas av att det går att utläsa av journalen vilka kolleger som tagit del i vården.

På sjukhus och andra större vårdinrättningar är det numera regel, att den som för journal dikterar journaluppgifterna, som sedan skrivs ut på maskin av en läkarsekreterare. Ibland läser journalföraren igenom utskriften och brukar då signera uppgifterna som en bekräftelse på att de blivit korrekt införda, men tiden medger inte alltid detta. I själva verket tycks kontrolläsning snarare vara undantag än regel. Handlingen läggs ändå i journalen och blir att anse som allmän handling. Signeringen saknar således betydelse i fråga om journalhandlingen skall anses upprättad eller ej.

Även om kontrollsigneringen saknar betydelse för tillämpning av offentlighetsprincipen, kan den ha värde som bevis i t.ex. ett ansvarsärende, om fråga senare uppkommer om den rätta innebörden av en anteckning. Fel eller förväxlingar i samband med utskriften kan påverka förutsättningarna vid den fortsatta vården. Det finns flera allvarliga exempel på detta i ansvarsnämndens verksamhet. Kontrolläsning är därför enligt min mening motiverad av säkerhetsskäl.

Det vore således önskvärt att ställa upp ett krav på *genomläsning* och *signering* av varje journalanteckning. Frågan har visats stort intresse av remissinstanserna. Några har förespråkat att en sådan bestämmelse tas in i lagen. HSN har förordat ett allmänt krav på signering av anteckningar om läkemedelsordinationer. Socialstyrelsen har ansett att epikriser alltid skall signeras. Med epikris avses en i slutet vård upprättad sammanfattning efter vårdperiodens slut. Som jag nyss framhållit, är också jag av den uppfattningen att en signering av varje journalanteckning skulle vara önskvärd. Jag anser det dock av bl.a. praktiska och ekonomiska skäl inte vara möjligt att

föreskriva en obligatorisk skyldighet för den som svarar för journalanteckningen att också signera denna. För att någon tvekan inte skall uppkomma om ansvaret för uppgifterna i journalen, föreslår jag att i lagen tas in en bestämmelse som erinrar om att journalföraren ansvarar för riktigheten av de uppgifter som han låter föra in i journalen. Socialstyrelsen bör ha möjligheter att överväga signeringskrav för vissa anteckningar i patientjournalen.

Journalen är i första hand ett arbetsmaterial inom hälso- och sjukvården. Detta innebär dock inte att den skall ses som en intern angelägenhet för vårdpersonalen. Jag har tidigare understrukt patientens starka intressen i journalföringen. Det är ju patienten uppgifterna gäller. Hälso- och sjukvårdslagen och tillsynslagen har lagt ett ökat informationsansvar på vårdpersonalen. De båda lagarna syftar dessutom till att skapa en vårdatmosfär, som inbjuder till öppet och förtroendefullt samarbete. Även journalföringen måste sålunda präglas av respekt för patienten.

Den valda definitionen på patientjournal innebär att journalen kan innehålla både handlingar som upprättats inom hälso- och sjukvården och handlingar som har getts in dit, t.ex. från en försäkringskassa. Beträffande de sistnämnda handlingarna är det inte möjligt att i denna lag ställa upp krav på innehåll och utformning. När det däremot gäller de *journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården* kan sådana krav ställas.

Utredningen har i enlighet med sina direktiv särskilt belyst integritetsaspekterna i sitt arbete. Det är självklart att uppgifter som förs in i en journal skall *bygga på respekt för patientens integritet*, varmed bl.a. förstås att patienten skall behandlas med aktning. En grundläggande princip är således att uppgifterna i en journalhandling skall vila på ett korrekt underlag och inte vara av nedsättande eller kränkande karaktär. Hänsynen till patienten förutsätter en betydande återhållsamhet när det gäller uppgifter om dennes privatliv. Respekten för patientens integritet medför även andra begränsningar, t.ex. när det gäller användningen av videoteknik i den psykiatriska vården. Ett stort antal beslut av dåvarande medicinalväsendets ansvarsnämnd visar att respekten för patientens integritet var tämligen begränsad så sent som för något eller några decennier sedan. Socialstyrelsens cirkulär (MF 1973:90) om avfattande av (läkarintyg, läkarutlåtande) journaler m.m. tillkom som en direkt följd av många klagomål från patienter hos JO och ansvarsnämnden. Cirkuläret har haft avsedd verkan och det har under 1970-talet skett en markant uppstramning av journalföringen. Det är allmänt omvittnat att personalen numera lägger ned betydande ansträngningar på att formulera sig på ett för patienten hänsynsfullt sätt.

Skyldigheten att föra journal omfattar de åtgärder som vidtagits i patientvården, liksom de överväganden eller bedömningar som legat bakom dessa. Resultaten av denna intellektuella process kan ibland endast lämnas i form av en subjektiv värdering. Uppgifterna behöver för den skull inte vara irrelevanta, även om de kanske uppfattas så av den de gäller. Människor har

ju olika tolerans och en mer eller mindre stark känsla för vad som är integritetskränkande. Man kan således inte kräva att uppgifter av subjektiv karaktär inte skall få förekomma i patientjournaler. De kan ju som nyss sagts vara befogade i det enskilda fallet. Däremot bör man enligt min mening kunna kräva att de grundas på ett korrekt underlag som är av verklig betydelse för medicinska ställningstaganden. Ovidkommande värdeomdömen om patienten och hans anhöriga av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär kan inte accepteras. Sådana omdömen kan för övrigt komma i konflikt med bestämmelserna om förtal i brottsbalken.

Jag anser att socialstyrelsens bestämmelser om hänsynen till patientens integritet på det hela taget har fungerat väl. Eftersom denna fråga är av så grundläggande karaktär bör en bestämmelse tas in i lagen om att uppgifter i en patientjournal skall utformas med respekt för patientens integritet.

I hälso- och sjukvården används i stor utsträckning ett *fackspråk*, som kan vara svårt att förstå för patienten. Detta kan påverka vårdresultatet negativt. Jag anser dock, att denna risk överbetonats i den allmänna debatten – åtminstone vad avser journalföringen. Journalerna utgör i första hand arbetsdokument i vårdarbetet och man borde därför kunna acceptera en språklig utformning med viss inblandning av fackuttryck.

Under senare år har kontakterna mellan myndigheterna och allmänheten kommit alltmer i blickpunkten. Ämnet har bl.a. behandlats av byråkratiutredningen (SOU 1979:31) och av förvaltningsrättsutredningen (SOU 1983:73). Den senare utredningen framhåller att en av de viktigaste förutsättningarna för en god kontakt mellan myndigheterna och de enskilda är att myndigheterna uttrycker sig på ett sätt som den enskilde förstår. Mot bakgrund härav finns i utredningens förslag till ny förvaltningslag en bestämmelse om att myndigheternas skrivelser skall utformas klart och begripligt.

Socialstyrelsen har år 1982 meddelat föreskrifter om det medicinska språket i journaler, intyg och dödsbevis (SOSFS 1982:2). Enligt föreskrifterna skall personalen sträva efter ett klart och enkelt språk i kontakten med patienten och dennes anhöriga. Tyngande och svårförståeliga facktermer skall undvikas.

I linje med detta strävar socialstyrelsen i det pågående arbetet med ny sjukdomsklassificering efter att försvenska medicinska facktermer. I den nya receptblankett som nyligen fastställts har socialstyrelsen angivit att svenska språket skall användas vid läkemedelsföreskrivningar.

De påtalade problemen med det medicinska språket har, enligt min mening, ett nära samband med informationen och kommunikationen i samband med vården. Mycket har gjorts under senare år för att förbättra informationen till patienterna. Patient-FASS har blivit en stor framgång. En preliminär utvärdering, som gjorts av Läkemedelsinformation AB, LINFO, visar att boken tagits mycket väl emot av allmänheten och att det finns ett stort behov av skriftlig läkemedelsinformation. På en del sjukhus har man på

försök utformat den medicinska informationen till utskrivna patienter i särskilda broschyrer eller infört skriftliga besked, som översänds med posten några dagar efter utskrivningen. En annan typ av information är det upplysningsmaterial, som används i samband med en systematisk handledning av patienter med vissa sjukdomar – s.k. patientutbildning. Sådant skriftligt material har utarbetats för t.ex. stomiopererade, hjärtinfarktpatienter, reumatiker och diabetiker och avser att förmedla grundkunskaper om de egna sjukdomarna.

Det grundläggande språkliga kravet på journalföringen måste vara att journalerna skall föras på svenska språket. Detta innebär dock inte att en journal inte får innehålla andra ord än svenska. Arbetet med att försvenska det medicinska språket kan lätt bli löjeväckande om det görs onyanserat, t.ex. med stor nybildning av ord. Kravet på svenska skall följaktligen inte uppfattas så, att den som för journalen i varje läge måste finna eller eventuellt hitta på svenska motsvarigheter till samtliga ord eller uttryck av latinsk eller annan utländsk härstamning. En effekt av bestämmelsen bör dock bli att utvecklingen mot användningen av svenska ord och uttryck påskyndas.

Det finns ett nära samband mellan fackspråket och allmänspråket i hälso- och sjukvården. Journalföringen kan därför inte isoleras från allmänna åtgärder, som syftar till att underlätta kommunikationen mellan patienterna och vårdpersonalen. Den av förvaltningsrättsutredningen föreslagna förvaltningslagen kommer inte att gälla för den sjukvårdande verksamheten. I just denna fråga är dock målen desamma.

Det medicinska språket i journalerna och i den direkta kontakten med patienterna är något som fortlöpande måste uppmärksammas i bl.a. utbildningssammanhang. Jag vill i det här sammanhanget understryka betydelsen av att såväl sjukvårds- som utbildningshuvudmännen medverkar till att de principer som kommer till uttryck i lagen vidarebefordras till vårdpersonalen i såväl grund- och vidareutbildning som fortbildning. Vikten av att utbildning ges i bl.a. journalföring har betonats av flera remissinstanser.

Av den lämnade redogörelsen framgår att det pågår arbete med att göra det medicinska språket mer förståeligt. Det förslag som jag här lägger fram till reglering av språket i journalerna bör enligt min mening vara utgångspunkt för ytterligare insatser för att stödja en utveckling mot ett för alla förståeligt språk inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen ger i sina tidigare nämnda föreskrifter (SOSFS 1982:2) uttryck för en uppfattning i dessa frågor som ligger nära den som jag nu har redogjort för.

I den allmänna hälso- och sjukvården är det numera huvudregel att journaler skrivs ut på maskin, vilket garanterar en god läsbarhet. Användande av ADB-teknik förutsätter utskriftsfunktioner eller bra möjligheter till läsning på bildskärm. Verksamheten hos läkare, tandläkare m.fl. privata

yrkesutövare har sällan den omfattningen att det är motiverat med särskild personal som tar hand om utskriftsarbetet. Dessa yrkesutövare brukar därför skriva sina journalanteckningar för hand. Detsamma görs för övrigt alltjämt i viss utsträckning på sjukhusen liksom av yrkesutövare i primärvården eller när man eljest saknar sekreterarhjälp.

Det är självklart att journaler skall vara fullt läsbara så att man inte behöver gissa sig till innehållet. Avsikten med journalföringen är ju att dokumentera viktiga uppgifter för den fortsatta vården. Feltolkningar kan innebära risker för patienterna. Handlingarna kan också vara av betydelse som bevismaterial. Erfarenheterna visar tyvärr att slarvig handstil och kryptiska förkortningar utgör ett problem. Socialstyrelsens och HSN:s handläggning av disciplinärenden har vid flera tillfällen försvärats av svårtydbara journaler.

Jag föreslår mot denna bakgrund att det i patientjournallagen anges att journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara *tydligt utformade, och så långt möjligt förståeliga för patienten*. Detta innebär inte ett generellt krav på maskinskrift eller förbud mot bruket av förkortningar av olika fackuttryck. En handskriven journalhandling får anses acceptabel under förutsättning att stilen är läslig och texten förståelig. Endast allmänt accepterade förkortningar bör användas.

Förståeligheten kan inte göras absolut. Så t.ex. är en ADB-upptagning inte direkt läsbar utan kräver tekniska hjälpmedel för att kunna uppfattas. En röntgenbild kan inte alltid bli tydlig och är oftast inte "läsbar" för den som inte är medicinskt sakkunnig på området. Vidare har patienterna olika förutsättningar att förstå en journalhandling.

Varken sekretesslagen eller andra grundläggande bestämmelser anger hur de sekretesskyddade *handlingarna skall hanteras och förvaras*. På hälso- och sjukvårdens område har förvaltningsmyndigheterna meddelat föreskrifter i dessa frågor. Några generella bestämmelser för all hälso- och sjukvård finns dock inte.

Journalhanteringen på sjukhus och vårdcentraler är idag omfattande och berör en stor mängd personer. Förändringarna av hälso- och sjukvårdens inre arbetsformer och den ökande samverkan i vården mellan olika verksamhetsgrenar har medfört att upplysningar om patienten och dennes journal ibland har kommit att betraktas som en för vårdgivarna gemensam egendom.

Jag instämmer i journalutredningens uppfattning att klinikchefen eller motsvarande har ansvaret för att slentrian motverkas vid det dagliga journalutnyttjandet. I det sammanhanget bör även förvaringsanordningarna för journaler ses över, t.ex. möjligheter till inlåsnings som ändå medger smidiga arbetsformer. Jag anser att frågan är av sådan betydelse att i lagen bör tas in en föreskrift av innebörd att journalhandlingar skall hanteras och förvaras så, att den som är obehörig inte får tillgång till dem. En motsvarande föreskrift gäller redan för socialtjänsten.

Till begreppet allmän handling är kopplat viktiga rättsverkningar, som avser allmänhetens möjligheter till insyn i och kontroll av myndigheternas verksamhet. En allmän handling kan därför inte utan vidare *ändras*. En ändring kan t.o.m. innefatta ett förfalskningsbrott enligt brottsbalken. Samtidigt kan det många gånger finnas ett legitimt behov av att rätta felaktiga uppgifter. I datalagen (1973:289) finns särskilda bestämmelser om ADB-användningen, som är avsedda att garantera att uppgifter i personregister är riktiga och fullständiga.

Frågor om ändringar eller rättelser av journaler aktualiseras nästan dagligen i det praktiska arbetet ute i hälso- och sjukvården. Det finns en utbredd osäkerhet om vad som är rätt och fel i dessa sammanhang, trots att det under årens lopp offentliggjorts flera uttalanden till vägledning i rättsfrågan. Socialstyrelsen har i förtydligande syfte tagit in en bestämmelse härom i sina föreskrifter för psykologer om journalföring (SOSFS 1982:78). Problemet är generellt vid all journalföring.

Jag föreslår därför att i patientjournalagen tas in en bestämmelse som anger hur rättelser skall genomföras. Vid en korrekt rättelse får den gamla texten inte göras oläslig och det skall anges när rättelsen skett och vem som har företagit den. Kravet på särskild anteckning inträder först när uppgiften har fått status av allmän handling, vilket bl.a. innebär att läkarsekreterarnas rutinarbete inte påverkas.

Bestämmelsen om rättelse skall tillämpas även vid rättelser inom den enskilt bedrivna vården.

DOK kommer i sitt arbete att ta upp frågan om rättelser av databaserade uppgifter. I avvaktan på resultatet av kommitténs arbete lägger jag inte fram några förslag om särskild reglering av rättelser i dataregister.

Jag vill i detta sammanhang också ta upp frågan om vad som skall gälla vid *utlämnande av journalhandlingar*. Jag delar här utredningens och remissinstansernas uppfattningar att i patientjournalagen bör tas in bestämmelser med ett principiellt krav på anteckning i journalen om datum och mottagare vid ett utlämnande. Efter att ha tagit del av remissutfallet anser jag att kravet bör gälla vid utlämnande av både originalhandlingar och kopior av dessa. Jag bedömer att kravet på anteckningar inte kommer att medföra något större extraarbete. Däremot kan själva kopieringen ibland vara ganska tidskrävande.

Ett krav på anteckning kan förväntas motverka slentrian vid journalutlämnande. Anteckningar underlättar också arbetet med att spåra olika journalkopior, vilket är nödvändigt för att uppnå den utvidgning av rätten att få journalhandlingar förstörda som jag avser att föreslå och som jag strax återkommer till. Även för hälso- och sjukvårdspersonalen själv måste anteckningar om utlämnande uppfattas som en trygghet.

2.4 Skyldighet att föra journal m.m.

Mitt förslag: Skyldig att föra journal är

1. legitimerad barnmorska, glasögonoptiker, logoped, läkare, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och tandläkare samt barnmorska, läkare och tandläkare som med stöd av särskilt förordnande är behörig att utöva yrket,
2. den som utan att vara legitimerad för yrket är verksam som logoped, psykolog eller psykoterapeut inom allmän hälso- och sjukvård eller inom enskild hälso- och sjukvård som biträde åt legitimerad yrkesutövare,
3. den som är verksam som arbetsterapeut, kurator eller sjukhusfysiker inom den allmänna hälso- och sjukvården.

Den som är skyldig att föra journal ansvarar för de uppgifter han för in i journalen.

Med journalföringsskyldigheten följer en skyldighet att på patientens begäran utfärda intyg om vården.

Utredningens förslag: Överensstämmer i sak med mitt förslag vad avser journalföringsskyldigheten.

Remissinstanserna: Tillstyrker utredningens förslag om journalföringsskyldighet. (Se bilaga 3 avsnitt III.)

Skälen för mitt förslag: I dag är skyldigheten att föra journal begränsad till ett fåtal personalgrupper och vissa verksamhetsformer inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna återfinns i flera författningar av olika dignitet. Några enhetliga bestämmelser om innebörden av skyldigheten att föra journal finns inte.

Jag har tidigare föreslagit att det i lagen tas in en bestämmelse om att en journal skall föras för varje patient samt angivit vilka uppgifter en patientjournal skall innehålla.

I lagen bör också anges *vem som skall vara skyldig att föra journal*.

Jag ställer mig bakom utredningens förslag i denna del. Skyldigheten att föra journal bör i första hand kopplas till legitimationsbestämmelserna i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Detta innebär att följande grupper omfattas av journalföringsskyldigheten:

Legitimerade barnmorskor, glasögonoptiker, logopeder, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och tandläkare samt barnmorskor, läkare och tandläkare som med stöd av särskilt förordnande är behöriga att utöva sitt yrke. – Alla läkare och tandläkare som fullgör allmäntjänstgöring (AT) och i Sverige tillfälligt verksamma utländska läkare har sådana förordnaden och omfattas således också av skyldigheten att föra journal.

Skyldigheten att föra journal skall gälla också för dem som utan att vara legitimerade arbetar som psykologer, logopeder och psykoterapeuter inom den allmänna hälso- och sjukvården. Journalföringsskyldighet bör gälla för dessa yrkesutövare, även när de biträder en legitimerad yrkesutövare inom enskild hälso- och sjukvård.

Därutöver skall arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker som är verksamma inom den allmänna hälso- och sjukvården omfattas av skyldigheten.

Jag har tidigare framhållit att en översyn bör göras av bestämmelserna om tandvårdspersonalens kompetens m.m. I avvaktan på denna föreslår jag här inte någon skyldighet för den assisterande tandvårdspersonalen att föra journal.

Genom regeringsbeslut den 28 juni 1984 har socialstyrelsen fått i uppdrag att bl.a. göra en översyn av de allmänna råd som rör kompetenskrav för medicinsk-tekniska assistenter. I avvaktan på resultatet av denna översyn är jag inte heller beredd att föreslå att dessa grupper skall vara skyldiga att föra journal.

Genom att skyldigheten att föra journal anges i lag inbegrips den i de berörda yrkesutövarnas medicinska yrkesansvar. Härigenom kan ansvar utkrävas vid underlåten eller bristfällig journalföring. Prövningen av dessa frågor kommer liksom hittills att göras i disciplinär ordning av HSN. Bestämmelser om disciplinär bestraffning, erinran och varning, finns i 12 § tillsynslagen.

Det medicinska ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården innebär ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina åligganden i vården, däribland även journalföringen.

När det gäller de yrkesutövare som, enligt vad jag föreslagit, får ett personligt ansvar att föra journal blir kraven på den medicinskt ledningsansvarige begränsade. I praktiken kommer de att inskränkas till uppföljning och kontroll av att journal verkligen förs. Av medarbetarnas yrkesansvar följer att de själva är skyldiga att se till att gällande bestämmelser om journalföring iakttas.

Däremot ställs större krav på den medicinskt ledningsansvarige i de situationer där patientvården utförs efter delegation av personal som inte är skyldig att föra journal. Det ankommer då på den som har det medicinska ledningsansvaret att bestämma hur journalföringen skall ske. I viss utsträckning kan det nämligen finnas behov för även andra yrkesgrupper än de som nu blir skyldiga att föra journal att dokumentera en del av sina åtgärder. Vilka åtgärder som skall dokumenteras kan variera och den ledningsansvarige får bedöma denna fråga med utgångspunkt i uppgifternas medicinska betydelse för en god och säker vård.

Utredningen har definierat journalföringsskyldigheten som en skyldighet att göra anteckningar om en patients hälsotillstånd och om vidtagna åtgärder i samband med vården. Jag har tidigare under avsnitt 2.3 redovisat de krav

som jag anser bör ställas på patientjournalens innehåll. Det ligger i sakens natur att samtliga uppgifter som anges i lagen inte föreligger beträffande varje patient. Vilka uppgifter som finns är bl.a. beroende av vad patienten söker vård för och vilken vård som ges. Innehållet och omfattningen av skyldigheten att föra journal blir naturligtvis också beroende av om en patientjournal förs gemensamt av yrkesutövare från en eller flera yrkesgrupper, vilket ofta är fallet, eller om en yrkesutövare för en egen patientjournal över sin vård av patienten. Givetvis måste journalföringen anpassas efter varje yrkesutövers arbetsuppgifter och ansvar i vården. Jag vill samtidigt påpeka att kravet på journalföring omfattar endast uppgifter som är av betydelse för en god och säker vård. Triviala och självklara uppgifter, liksom råd av mer allmän karaktär behöver sällan antecknas. En bedömning av informationens värde i det enskilda fallet måste således alltid göras.

Jag föreslår att till skyldigheten att föra journal kopplas en skyldighet att på patientens begäran *utfärda intyg* om vården.

F.n. gäller enligt allmänna läkarinstruktionen (1963:341) en skyldighet för överläkare att på begäran av den som varit intagen på sjukhus avgiftsfritt utfärda intyg om orsaken till intagningen, om tiden för intagningen och för utskrivning.

Före HSL:s ikraftträdande – den 1 januari 1983 – fanns i den dåvarande sjukvårdskungörelsen (1972:676) en föreskrift om skyldighet för distriktsläkare att på patientens begäran utfärda intyg om utförd undersökning eller behandling. Bestämmelsen saknar motsvarighet i gällande lagstiftning.

Rätten att uppbära ersättning för utfärdade intyg regleras för läkare i det s.k. läkarlöneavtalet som träffats mellan Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund. Avtalet innebär inte någon skyldighet att utfärda intyg.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen gjort en allmän översyn av de regler som gäller läkarnas skyldighet att utfärda läkarintyg. Enligt uppdraget skulle översynen syfta till att en lagstadgad skyldighet införs för alla läkare att på den enskildes begäran utfärda läkarintyg.

Bakgrunden till uppdraget var socialutskottets uttalanden i betänkandet (SoU 1978/79:19) och riksdagens beslut häröver med anledning av två motioner i ämnet.

Socialstyrelsen, som har redovisat sitt uppdrag till regeringen i juni 1983, konstaterar att en sådan skyldighet inte mer än marginellt skulle kunna få några negativa konsekvenser för sjukvårdens bedrivande och föreslår att en allmän skyldighet för läkare att på den enskildes begäran utfärda intyg på grund av företagen undersökning eller behandling införs i allmänna läkarinstruktionen.

I socialstyrelsens översyn har deltagit företrädare för riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund. Förslaget har remissbehandlats. Följande remissinstanser har avgivit yttranden: HSAN, riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet, Stockholms, Malmöhus, Blekinge, Skaraborgs och Västerbottens läns landstingskommuner, Sveriges läkarför-

bund och Svenska läkaresällskapet. Remissinstanserna är i huvudsak positiva till att en allmän skyldighet införs för läkare att på den enskildes begäran utfärda intyg om företagen undersökning eller behandling.

Landstingsförbundet har i sitt remissyttrande aktualiserat frågan om att utvidga skyldigheten att utfärda intyg till andra än läkare. Förbundet har också tagit upp frågan om sjukvårdshuvudmännens rätt att ta ut ersättning för utlåtanden som utfärdas efter undersökning på begäran av vissa myndigheter med stöd av läkarinstruktionen och funnit det angeläget med ett klagörande i denna fråga.

Jag finner det lämpligt att reglera frågan om skyldigheten att utfärda intyg på patientens begäran i den nya patientjournalagen. Jag anser att varje yrkesutövare som är skyldig att föra journal också skall vara skyldig att utfärda intyg i anslutning till vården, om patienten begär det.

Självfallet kommer det även i fortsättningen i första hand att vara läkare och tandläkare som utfärdar intyg. Utvecklingen inom vården är dock sådan att jag finner det motiverat att föreslå att också övriga grupper av journalföringsskyldiga skall vara skyldiga att utfärda intyg. Som socialstyrelsen påpekat är det viktigt att understryka att rätten till intyg skall hänföras till meddelad vård, vari inbegrips undersökningar och behandlingar m.m. Vidare bör ett intyg som avser flera vårdtillfällen även kunna grunda sig på kollegers journalanteckningar. I de fall en journal förs gemensamt av flera olika yrkesutövare bör, liksom i dag, den för vården ansvarige kunna utfärda intyg som grundar sig på samtliga uppgifter i journalen. Jag vill understryka att bestämmelsen tar sikte endast på intyg som patienten själv begär. Myndigheters intresse av att få intyg bör liksom tidigare regleras genom uttryckliga uppgiftsskyldigheter i lag eller förordning.

Sjukvårdshuvudmännens rätt att ta ut ersättning för undersökningar och utlåtanden häröver kommer att behandlas i ett betänkande från stat- och kommunberedningen (C 1983:02) om kommunala avgifter, vilket överlämnas inom kort. Mot denna bakgrund lägger jag inte nu fram något förslag i denna fråga.

2.5 Förstöring av patientjournaler m.m.

Mitt förslag: Bestämmelserna om förstöring av patientjournaler förs över från tillsynslagen och får ett vidgat tillämpningsområde så att de även omfattar journaler som förvaras utanför hälso- och sjukvården. Även andra än patienten skall kunna begära att få en patientjournal förstörd. Socialstyrelsens beslut i förstöringsärenden skall i fortsättningen få överklagas hos kammarrätten och inte hos regeringen.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Remissinstanserna: Tillstyrker förslaget. Socialstyrelsen, barnpsykiatriutredningen – BFU 81 – och JO har förordat att även annan än patient som förekommer i journal skall ha rätt att ansöka om förstöring (se bilaga 3 avsnitt VI.)

Skälen för mitt förslag: Sedan den 1 juli 1980 finns en möjlighet för patienter att ansöka hos socialstyrelsen om att få sina journaler eller del därav förstörda. Föreskrifter om detta finns i tillsynslagen.

Följande förutsättningar måste vara uppfyllda för att en ansökan om förstöring skall kunna bifallas:

1. journalen skall förvaras inom hälso- och sjukvården,
2. patienten måste ha anfört godtagbara skäl för sin ansökan,
3. det skall vara uppenbart att journalen inte behövs för sökandens vård eller behandling eller att det inte finns allmänna skäl för att den bevaras.

Konstitutionsutskottet begärde i sitt av riksdagen godkända betänkande 1980/81:10 en undersökning om den enskildes möjlighet att få sin journal förstörd även när denna eller kopior därav förvaras på något annat ställe än inom hälso- och sjukvården. Utskottet hade uppmärksammat på att det inte sällan förekommer att kopior eller utdrag ur journalen tillställs andra myndigheter, t.ex. försäkringskassa och domstolar, och att förstöringen då borde omfatta även dessa exemplar.

Möjligheten till journalförstöring har nu funnits i snart fem år. Perioden är för kort för att det skall vara möjligt att dra några långtgående slutsatser om utfallet. Man kan dock allmänt konstatera, att antalet ansökningar visserligen ökat för varje år men att det ändå varit mindre än man antog. Efter fyra år hade totalt drygt 300 ärenden kommit in till socialstyrelsen. Vid årsskiftet 1983/84 hade omkring 100 ärenden om förstöring bifallits helt eller delvis. I nästan alla fallen har det varit fråga om kränkande, ömtåliga, osanna eller annars missvisande journaluppgifter som utplånats, dvs. just den typ av uppgifter som man avsåg att komma tillrätta med. Även om det ännu är för tidigt att slutligt bedöma hur möjligheten till journalförstöring har utfallit, kan man konstatera att den har fått begränsad omfattning om man betänker att det årligen upprättas omkring tre miljoner nya journaler.

Jag anser att möjligheten att få en journal förstörd är av stor betydelse för skyddet av patienternas integritet och därför bör finnas kvar. Såvitt nu kan bedömas, har den fungerat på det sätt som avsågs när den infördes. Bestämmelserna om journalförstöring bör flyttas från tillsynslagen till den nya patientjournallagen.

Bestämmelserna bör dock få en viss vidgad tillämpning. Den hittills gällande begränsningen till journaler som förvaras inom hälso- och sjukvården bör alltså upphävas. Detta innebär att journalhandlingar kan förstöras, även om de förvaras i original, kopia eller transumt på annat håll än inom hälso- och sjukvården, t.ex. hos försäkringskassorna.

Utvidgningen till att avse journaler utanför hälso- och sjukvården innebär

att fler intressenter än i dag kan behöva höras under ärendenas handläggning. Det är av vikt att bl.a. domstolarnas särskilda behov av att bevara visst bevismaterial kan beaktas.

Jag anser vidare att bestämmelsen i fortsättningen bör ges sådan utformning att även en annan enskild än patienten får möjlighet att ansöka om förstöring i det fall uppgift om den förre förekommer i journalen. Frågan har aktualiserats när en förälder som inte är vårdnadshavare velat få anteckningar som rör honom förstörda och dessa varit införda i barnets journal. Vidare har frågan kommit upp när det gäller journaler efter avlidna. Flera remissinstanser har förordat denna utvidgning.

Jag har tidigare föreslagit att en bestämmelse tas in i lagen om att anteckning skall göras om när och till vem en journalhandling lämnas ut i original eller kopia. För framtiden bör det således finnas goda förutsättningar att återkräva samtliga kopior av en journal för förstöring. När det är möjligt att spåra kopior som före lagens ikraftträdande lämnats ut och som förvaras utanför hälso- och sjukvården bör de utvidgade bestämmelserna självfallet tillämpas.

Liksom JK anser jag att beslut i ärenden om förstöring i fortsättningen skall överklagas hos kammarrätten stället för hos regeringen.

Förstöringen aktualiserar ett par praktiska frågor. Registrering i landstingens patientdatabaser grundas på uppgifter som hämtas från journalerna. När socialstyrelsen beslutar om förstöring av en viss journal skall informationen i databasen också utplånas. Detta brukar uttryckligen anges i besluten. Den frågan har väckts, om det inte kunde räcka med att personidentiteten tas bort och att informationen i övrigt, dvs. främst diagnos och vårdtid, bevaras utan att den kan återföras till den enskilde individen. Avidentifiering skulle ge den fördelen att databasens statistikvärde består. I t.ex. planeringssammanhang vill man ha en komplett bild av sjukvårdssumtionen, men uppgifterna behöver nödvändigtvis inte vara personrelaterade. Förstöringen avser i första hand att tillvarata patienternas integritetsintressen. Registreringen i patientdatabaserna är mycket summarisk. Jag bedömer att syftet med bestämmelsen måste anses uppnått om de kritiserade uppgifterna förstörs och om kopplingen mellan journalen och andra informationskällor upphävs. Enbart utplåning av personuppgifterna bör således kunna accepteras i just detta fall. Däremot är samma förfarande inte tillräckligt när det gäller själva journalen – antingen denna förs konventionellt eller med ADB-teknik – eftersom journalen innehåller en avsevärt större mängd uppgifter, som när de sammanställs kan göra att identiteten ändå går att härleda.

Jag föreslår att de bestämmelser i tillsynslagen som reglerar utlämnande av handlingar från den enskilda vården i sak oförändrade förs över till den nya lagen.

2.6 Bevarande av journalhandlingar

Mitt förslag: Samtliga journalhandlingar – i såväl allmän som enskild hälso- och sjukvård – skall bevaras i minst tre år innan någon gallring får göras. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får dock föreskriva att de handlingar som behövs främst i tillsyns-, ansvars-, skadestånds- och ersättningsärenden samt för forskningsändamål skall bevaras i minst tio år.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår en treårig bevarandetid.

Remissinstanserna: Remissopinionen är delad i denna fråga. Vissa remissinstanser godtar utredningens förslag. Andra förordar en tioårig bevarandetid. Allmänna råd om bevarande efterlyses allmänt i anslutning till den nya lagen. (Se bilaga 3 avsnitt VII.)

Skälen för mitt förslag: Några allmänt gällande bestämmelser om bevarande av journaler i hälso- och sjukvården finns f.n. inte.

Enligt allmänna läkarinstruktionen (1963:341) och allmänna tandläkarinstruktionen (1963:666) skall journaler förvaras under minst tio år, när det gäller läkare dock endast journaler som förts i öppen vård.

Samma bevarandetid gäller för journaler som upprättats av psykologer i enskild verksamhet enligt socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1983:78).

Det ankommer enligt föreskrifter i läkar- och tandläkarinstruktionerna på socialstyrelsen att bestämma hur man skall förfara med journalerna efter en läkare/tandläkare som avlidit eller deslegitimerats, om inte dessa övertas av någon kollega. Föreskrifterna gäller både offentlig och privat verksamhet. Journalutredningen har i sitt slutbetänkande lagt fram förslag till lösning av denna fråga (Ds S 1984:18).

Vidare har socialstyrelsen i egenskap av tillsynsmyndighet utfärdat rekommendationer om förvaringstider för handlingar som rör joniserande strålning samt för röntgenfilmer.

Enligt bestämmelser i HSL, som i dessa delar hänvisar till kommunallagen (1977:179), skall de handlingar som tillhör landstingskommunens arkiv värdas och förtecknas. Föreskrifter om arkivvården meddelas av landstingskommunen, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. På regeringens uppdrag har riksarkivet i samråd med de båda kommunförbunden utarbetat normalförslag för arkivvården i kommuner och landstingskommuner. Enligt det normalförslag till arkivreglemente som har utarbetats och som med smärre justeringar antagits av landstingskommunerna, ansvarar varje landstingskommunal myndighet för sitt arkiv, i den mån det inte har överlämnats till annan myndighet. Enligt reglementet beslutar myndigheten själv om gallring, såvida annat inte är särskilt föreskrivet. I riksarkivets kommentarer till arkivreglementet sägs att gallring skall ske med försiktighet

och under iakttagande av bl.a. att handlingar som kan ha rättslig betydelse eller handlingar som är av värde för framtida forskning ej skall utgallras.

I kommentarerna erinras om att föreskrifter om gallring även kan finnas i lag eller i beslut av datainspektionen med stöd av lag.

Det ankommer sålunda på landstingskommunerna att besluta om värden och därmed även om gallringen av sina arkiv. Detta gäller även de medicinska arkiven.

Allmänna råd om gallring i vissa medicinska arkiv utfärdades av riksarkivet i samråd med socialstyrelsen och Landstingsförbundet i februari 1978.

Råden innebär i korthet en rekommendation till huvudmännen att bevara journaler i minst 20 år räknat från den sista anteckningen i journalen. Därutöver rekommenderas att vissa "typområden" bevarar journalmaterialet för all framtid. Råden utsattes för stark kritik från framför allt företrädare för medicinsk forskning och arbetsmiljöforskning och har därför inte tillämpats av sjukvårdshuvudmännen. Kritiken ledde till att en särskild utredare fick i uppdrag att se över de allmänna råden. Uppdraget har sedermera redovisats i delbetänkandet (Ds S 1982:5) Bevarande av journaler m.m.

Någon motsvarighet till de nu nämnda bestämmelserna har inte utfärdats för de privata vårdgivarna. Detta beror på att arkivvärden i den offentliga sektorn ytterst vilar på tryckfrihetsförordningen. De grundläggande bestämmelserna om arkivvärden syftar till att säkra tillgången till väl bevarade och pålitliga informationskällor och kan sägas vara en förutsättning för utövandet av offentlighetsprincipen.

Jag delar utredningens uppfattning att det är motiverat att nu införa en allmänt gällande föreskrift om en minsta tid för bevarande av journaler i hälso- och sjukvården. Utredningen har valt att sätta denna tid till tre år, med hänsyn i första hand till säkerheten och rättssäkerheten i värden. Utredningen har utgått från preskriptionstiden hos HSN, som är två år. Utredningen konstaterar att nästa tänkbara tidsgräns är 10 år, vilken bl.a. ansluter till reglerna om fordringspreskription. Utredningen har emellertid funnit att en tioårsregel skulle innebära ett omotiverat långt bevarande av flera typer av journaler och kräva undantagsbestämmelser.

Enligt ett flertal remissinstanser bör den minsta bevarandetiden vara längre än de föreslagna tre åren. Bland dessa remissinstanser märks JK, socialstyrelsen, HSN och universitets- och högskoleämbetet (UHÄ).

För egen del anser jag att reglerna om bevarande av journalhandlingarna måste utformas så, att de olika intressen som här gör sig gällande så långt möjligt kan tillgodoses. Jag föreslår därför att i lagen tas in en föreskrift om att varje journalhandling skall bevaras i minst tre år räknat från det sista uppgiften infördes i handlingen. I tillsyns-, ansvars-, skadestånds- och ersättningsärenden samt för forskningsändamål finns inte sällan behov av handlingar som är äldre än tre år. Behovet gäller emellertid inte alla slag av

journalhandlingar i patientjournalen. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör därför bemyndigas att meddela föreskrifter om vilka sådana handlingar som skall bevaras under längre tid än tre år. Den minsta bevarandetid som kan komma i fråga för dessa handlingar är tio år.

Även efter tre resp. tio år finns det behov av att bevara journalhandlingar. Dessa tidsgränser utgör således inte något riktmärke för när gallring av journalhandlingarna skall ske. Tidsgränserna anger följaktligen endast tiden för ett minimibevarande.

De allmänna råd som riksarkivet år 1978 på regeringens uppdrag utfärdat om gallring av de medicinska arkiven har som nämnts inte kommit att tillämpas av huvudmännen. Avsikten med de allmänna råden var att ge rekommendationer som tillgodosåg de faktiska behoven av bevarande för vård, forskning och utveckling m.m.

Jag anser att det är angeläget att nya rekommendationer om gallring av de medicinska arkiven går ut till huvudmännen i anslutning till att patientjournallagen träder i kraft. Önskemål av den innebörden har också framförts av åtskilliga remissinstanser.

Inom socialdepartementet utarbetades år 1983 ett förslag till alternativ lösning av frågan om bevarande och gallring av journaler. Förslaget har remissbehandlats tillsammans med journalutredningens delbetänkande (Ds S 1982:5) Bevarande av journaler m.m.

Förslaget innebär i korthet följande. Patientjournaler i öppen och sluten vård bör bevaras under patientens livstid och kunna gallras fem år efter patientens död, eller, om denna uppgift saknas, när patienten skulle ha fyllt 80 år. Förslaget omfattar inte sådan dokumentation som upprättas och förvaras hos konsulter, serviceavdelningar eller laboratorier, t.ex. röntgenbilder. För sådana handlingar har journalutredningen föreslagit en tioårig gallringsfrist. Genom att knyta bevarandet av patientjournaler till patienternas livstid tillgodoses framförallt de önskemål som framförts om behovet av journalerna för vårdändamål och i försäkringsärenden. För att tillgodose framför allt forskningsintressena föreslås att ett allmänt undantag från gallring bör göras beträffande personer som är födda den 5, 15 och 25 i varje månad, dvs. ca tio procent av totalmaterialet.

Huvudmännen bör vidare kunna ges möjligheter att tre år efter sista anteckning i patientjournalen gallra dokument som bedöms sakna betydelse ur vård-, rättssäkerhets-, forsknings- och ansvarssynpunkt. I förslaget anges vilka handlingar i journalen som bör bevaras. Det betonas vikten av att utrymme ges för anpassning efter de lokala förhållandena. Förslaget bedöms inte leda till ökade kostnader för vårdgivaren.

Förslaget har i huvudsak tillstyrkts av ca hälften av remissinstanserna. Den andra hälften har förordat längre bevarandetider, även om detta skulle innebära ökade kostnader. Vissa remissinstanser har förordat att det föreslagna individurvalet för forskningen skall kombineras med ett regionurval.

Jag ställer mig bakom förslaget med det undantaget att tidpunkten för urgallring enligt min mening bör vara 100 år efter patientens födelse i de fall uppgift om tidpunkten för patientens död saknas. Jag anser att förslaget i övrigt bör kunna ligga till grund för nya rekommendationer till huvudmännen i ämnet. Jag avser att återkomma i frågan till regeringen sedan riksdagen tagit ställning till förslaget om patientjournallag.

Enligt vad jag inhämtat pågår hos riksarkivet i samråd med forskningsrådsnämnden arbete med att ta fram förslag till ett regionalt urval för bevarande av arkivhandlingar för forskningsändamål. Förslag i ämnet beräknas föreligga under våren. Om finansieringsmöjligheter ges är jag positiv till att det ovan redovisade individurvalet kompletteras med ett regionurval av patientjournaler.

2.7 Möjligheterna att avlasta hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ökas

Mitt förslag: Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd får möjlighet att till sjukvårdshuvudmännen överlämna ärenden som rör klagomål över brister i kontakten mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonalen eller något annat liknande förhållande, då det är uppenbart att någon disciplinär åtgärd enligt tillsynslagen inte kan komma i fråga.

Arbetsgruppens förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Remissinstanserna: Förslaget har mottagits positivt av flertalet remissinstanser.

Skälen för mitt förslag: I förarbetena till lagen om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården uttalades förhoppningar om att tillkomsten av lokala förtroendenämnder skulle medföra en minskning av ärendetillströmningen till HSAN. Så har inte skett. I stället har antalet ärenden till HSAN ökat kraftigt under de senaste åren. Arbetsgruppens förslag att avlasta HSAN har mottagits positivt av remissinstanserna.

Enligt min mening bör det finnas möjlighet för HSAN att lämna över vissa ärenden som rör klagomål över bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen eller bristande kontakt och information i vården till hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Härigenom bör man kunna räkna med såväl en avlastning av nämndens arbetsbörda som en snabbare handläggning av dessa ärenden. Ofta rör det sig om ett bryskt tonfall eller ett vårdslöst ordval i en stressad situation. Denna typ av ärenden är mera lämpade att klaras ut på platsen genom erforderliga förklaringar eller tillrättalägganden. Ibland uppstår också missförstånd vilka snabbt kan rättas till lokalt utan den statliga ansvarsnämndens medverkan. Flera remissinstanser har förordat att överlämnande skall kunna ske endast då det är uppenbart att någon disciplinärgärd enligt tillsynslagen inte kan komma i fråga. Jag instämmer i dessa

synpunkter och anser det viktigt att en sådan begränsning görs av rättssäkerhetsskäl.

Det bör ankomma på huvudmannen att själv avgöra hur de överlämnade ärendena bäst skall handläggas. För att patientens intressen bäst skall tas till vara kan det vara lämpligt att dessa ärenden handhas av förtroendenämnden. Ärendena bör i så fall registreras i förtroendenämndens diarium för att underlätta nämndens överblick över liknande frågor.

Mitt förslag innebär således att HSAN ges möjlighet att lämna över den typ av klagomål som här nämnts till huvudmannen när det står klart att disciplinåtgärd enligt tillsynslagen inte kan komma i fråga. HSAN kan naturligtvis avstå från att utnyttja möjligheten och själv handlägga ärendet. Detta kan bli fallet t.ex. i fråga om anmälningsärenden som innehåller en lång rad med varandra sammanhängande incidenter, av vilka t.ex. ett vårdslöst bemötande endast är en bland många. Förslaget i denna del föranleder ändringar i 13 och 38 §§ tillsynslagen.

Överlämnar HSAN ett ärende till sjukvårdshuvudmannen kan den enskilde överklaga beslutet genom förvaltningsbesvär hos kammarrätten.

3 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. patientjournallag,
2. lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Förslagen bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 5*.

4 Specialmotivering

4.1 Förslaget till patientjournallag

Under rubriken Inledande bestämmelser finns två paragrafer. Den ena med föreskrifter om i vilka fall patientjournal skall föras och om att det skall finnas patientjournal för varje patient i vården. Den andra paragrafen innehåller definitioner på termerna patientjournal och journalhandling.

Efter de inledande paragraferna följer ett avsnitt med de krav som ställs på patientjournaler och journalhandlingar. Kraven gäller frågor om innehållet i en patientjournal samt utformning, hantering och förvaring av journalhandling.

Därefter kommer en paragraf med uppgift om den minsta tid som en journalhandling skall bevaras i hälso- och sjukvården samt två paragrafer med bestämmelser om skyldighet för vissa yrkesutövare att föra patientjournal och att utfärda intyg om vården.

Efter ett avsnitt med tre paragrafer som behandlar frågorna om

offentlighet och sekretess avslutas lagen med tre paragrafer med bemyndiganden för regeringen.

Inledande bestämmelser

1 § Vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall föras *patientjournal*. Patientjournal skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Med vård avses i denna lag även undersökning och behandling.

Första meningen saknar direkt motsvarighet i utredningens lagförslag. Andra meningen motsvarar i sak 3 § första stycket utredningens lagförslag. Andra stycket har inte någon motsvarighet i utredningens lagförslag.

Första stycket första meningen. Bestämmelsen föreskriver att patientjournal skall föras vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hit räknas också tandvård, företagshälsovård och studerandehälsovård. Hälso- och sjukvård bedrivs dels av det allmänna, dels i privat regi och förekommer i många olika verksamhetsformer. Landstingskommunerna svarar för huvudparten av det allmännas hälso- och sjukvård. Sådan verksamhet bedrivs både vid högt specialiserade vårdinrättningar såsom läns- och regionsjukhus och vid vårdcentraler och andra inrättningar inom primärvården. Landstingskommunernas tandvård bedrivs inom folktandvården. Också skolhälsovården hänförs till det allmännas hälso- och sjukvård. Det allmänna bedriver även hälso- och sjukvård inom kriminalvården, förbandssjukvården, rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk verksamhet, vid institutioner som hör till socialtjänsten och f.n. inom omsorgsverksamheten. Enskild hälso- och sjukvård bedrivs av flera kategorier av yrkesutövare, såsom läkare, tandläkare, psykologer, glasögonoptiker och sjukgymnaster.

Uttrycket vård av patient innebär en inskränkning såtillvida, att kravet på journalföring inte gäller för all verksamhet inom hälso- och sjukvården utan endast för den del av verksamheten som är individuellt inriktad mot patienten. Så t.ex. är landstingen enligt HSL skyldiga att vidta åtgärder för att förebygga sjukdomar och skador. Sådana förebyggande åtgärder som inriktas mot miljön och innefattar insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, liksom hur levnadsvanorna påverkar hälsotillståndet omfattas inte av skyldigheten att föra journal. När det däremot gäller individinriktade förebyggande åtgärder, t.ex. allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård, skall journal föras. Även vid hälsokontroller som patienten själv tar initiativ till skall journal föras. Det kan här vara fråga om synundersökning för utprovning av glasögon hos en glasögonoptiker eller ett besök utan vård- eller behandlingssyfte, såsom vid en undersökning i syfte att få intyg för

körkort eller friskintyg för en anställning.

Det krävs naturligtvis inte att patienten själv har tagit initiativ till vården för att skyldighet att föra journal skall föreligga. Sådan skyldighet föreligger också vid t.ex. gynekologisk hälsokontroll, mammografiundersökning och screening av bröstcancer som landstinget kallat till.

Det är självklart att journal skall föras vid vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd. Detsamma gäller åtgärder t.ex. i samband med abort, sterilisering och blodgivning samt vid inseminationsverksamhet. Någon skillnad görs ej mellan öppen och sluten vård eller mellan psykiatrisk och somatisk vård.

Med patient avses den enskilde i hans kontakter med hälso- och sjukvården.

Vad som avses med patientjournal framgår av 2 §.

Första stycket andra meningen. Föreskriften innebär att det för varje patient skall föras patientjournal. Den innebär dock inte att det för varje patient skall finnas endast en journal. För samme patient kan det finnas ett flertal patientjournaler. På sjukhus förs vanligen en för patienten gemensam patientjournal på varje klinik. Enheter för medicinsk service och vissa yrkesgrupper har ofta särskilda patientjournaler. Inom primärvården förekommer att distriktsläkarna och distriktssköterskorna för en gemensam patientjournal. De båda yrkesgrupperna kan också föra journal var för sig. Även inom ett sjukhus eller en vårdcentral kan det således finnas flera journaler om en och samma patient. Att de privata vårdgivarna för patientjournal var för sig är uppenbart.

Av det sagda framgår, att de som deltar i vården av patienten får föra en gemensam patientjournal för denne. Det är dock inte tillåtet att föra en journal som är gemensam för flera patienter. Detta framgår av det senare ledet i denna mening. Anledningen till detta är i första hand behovet av sekretess i hälso- och sjukvården.

Andra stycket. Termen vård har under senare år använts i en vid betydelse i olika lagar och andra författningar, t.ex. i HSL och lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. Innebörden av termen har varit inte bara vård i traditionell betydelse utan också undersökning och behandling. För att undvika oklarhet på denna punkt, har i detta stycke tagits in en bestämmelse som anger att med vård avses i denna lag även undersökning och behandling.

2 § Med patientjournal avses i denna lag de handlingar som har upprättats eller inkommit under vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (*journalhandlingar*).

Som journalhandling anses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel.

Första stycket motsvarar med mindre redaktionella ändringar 1 § första stycket utredningens lagförslag. Några mindre tillägg har dock gjorts för att

förtydliga bestämmelsen. Andra stycket motsvarar 1 § andra stycket andra meningen utredningens lagförslag.

Första stycket. I detta stycke definieras termen patientjournal. Med patientjournal avses en samling fristående handlingar som har det gemensamt, att de i en vidare mening berör vården av en enskild patient. Flertalet av dessa handlingar har vanligtvis upprättats i direkt samband med vården, medan andra har kommit in från andra vårdinrättningar eller från myndigheter, t.ex. försäkringskassa. Journalen som till en början kan bestå av endast en enda handling benämns patientjournal och de i samlingen ingående handlingarna journalhandlingar. Av 9 § framgår vem som är skyldig att föra patientjournal.

Numera har den uppfattningen vunnit insteg, att patientens situation ibland måste ses i ett vidgat perspektiv. En journal kan därför behöva innehålla inte endast strikt medicinska uppgifter utan också beskrivningar av psykologiska och sociala aspekter av betydelse för vården.

Termen patientjournal är inte synonym med termen journal i 2 kap. 7 § andra stycket 1 tryckfrihetsförordningen. Vissa handlingar i patientjournalen kan dock vara att hänföra till journal i tryckfrihetsförordningens mening. Flertalet handlingar i patientjournalen torde dock inte kunna hänföras dit.

Andra stycket. De handlingar som ingår i en patientjournal kan vara av olika slag och framställda på skiftande sätt. Med handling avses alla former av framställningar och upptagningar, oavsett om de framställts för hand, mekaniskt eller på elektronisk väg. Med journalhandling avses således inte endast pappershandlingar på vilka uppgifter nedtecknats för hand eller med skrivmaskin, utan även t.ex. ADB-, video- och diktafonupptagningar, röntgenfilm, EKG-kurvor och fotografier. Bandupptagningar vid t.ex. telefonrådgivning inom hälso- och sjukvården skall således betraktas som journalhandlingar. Patientjournallagen blir härigenom vad som kallas "teknik-neutral".

Definitionen på handling är densamma som i 2 kap. 3 § tryckfrihetsförordningen. I detta kapitel av tryckfrihetsförordningen finns ytterligare bestämmelser om allmänna handlingars offentlighet, bl.a. ges regler för när en handling har kommit in till en myndighet och när den skall anses upprättad hos myndigheten. Dessa bestämmelser gäller emellertid i detta sammanhang endast den allmänna hälso- och sjukvården. För den enskilda hälso- och sjukvården finns inte några motsvarande bestämmelser. För de fall sådana frågor skulle bli aktuella inom den enskilda hälso- och sjukvården torde tryckfrihetsförordningens bestämmelser tjäna till ledning.

Krav på patientjournal och journalhandling

3 § En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna föreligger, skall en patientjournal innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjorts.

Uppgifter som avses i denna paragraf skall tas in i patientjournalen så snart det kan ske.

Första stycket motsvarar 2 § första meningen utredningens lagförslag. Andra stycket punkterna 1-4 saknar motsvarighet i utredningens lagförslag. Punkten 5 motsvarar 3 § tredje stycket utredningens lagförslag. Tredje stycket saknar motsvarighet i utredningens lagförslag.

Första stycket. Patientjournalen är ett viktigt medel för att kunna ge patienten en god och säker vård. Journalen används av hälso- och sjukvårdspersonalen i första hand för att planera, genomföra och följa upp vården. Uppgifter i journalen utnyttjas emellertid också i flera andra viktiga sammanhang, t.ex. i klinisk och epidemiologisk forskning. Det grundläggande syftet med patientjournalen är dock en god och säker vård av patienten. Innebörden av en god och säker vård skall vara densamma som enligt HSL. Vad detta betyder har utförligt behandlats i förarbetena till den lagen, bl.a. i propositionen 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m. För att journalen skall kunna fylla sin huvuduppgift i patientvården krävs att den innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information. I andra stycket av denna paragraf anges uppgifter som, om de föreligger, skall finnas i en patientjournal. Uppräkningen är emellertid inte uttömmande. Kravet på en god och säker vård av patienten kan innebära att ytterligare uppgifter måste dokumenteras. Vad detta konkret innebär kan variera mellan olika yrkesutövare och olika verksamheter. I de fall en journal förs gemensamt av flera olika yrkesutövare är det naturligtvis tillräckligt att någon av dem för in uppgift om t.ex. patientens identitet. Det blir en uppgift för främst socialstyrelsen att meddela de ytterligare bestämmelser som kan behövas i detta avseende.

Andra stycket. I detta stycke har i fem punkter angivits uppgifter som skall finnas i en patientjournal. Kravet på dokumentation gäller naturligtvis endast i den mån sådana uppgifter föreligger. Vid t.ex. en vaccination inför en utlandsresa finns det vanligtvis endast några av de uppräknade uppgifterna att anteckna, medan det däremot ofta föreligger en mera omfattande dokumentation vid långvariga eller allvarliga sjukdomsfall inom den slutna vården.

Enligt den *första punkten* skall uppgift om patientens identitet antecknas. Vad som krävs är att patienten lätt skall kunna identifieras. Uppgifterna skall vara så klara och tydliga samt så fullständiga att risk för förväxling med andra patienter inte föreligger. Bestämmelsen innebär dock inte att vissa specifika uppgifter måste finnas, t.ex. uppgift om personnummer.

Bestämmelsen i *andra punkten* avser vad som brukar kallas anamnes. Med anamnes avses patientens sjukdomshistoria, men här kan även ingå en del andra uppgifter. Anamnesen kan därför sägas vara en medicinskt inriktad bakgrundsbeskrivning. Omfattningen av en anamnes varierar starkt från fall till fall och beror ofta på vad patienten söker vård för, vem han söker och var han söker. Man kan inte kräva en lika omfattande anamnesupptagning för en patient som söker akut för ett benbrott på sjukhusets akutmottagning som för den patient som i vaga ordalag beskriver för distriktsläkaren att han har problem med magen. Uppgifter om patientens bostads- och hemförhållanden är inte sällan nödvändiga i distriktsköterskans journal, önskvärda i allmänläkarens journal men kanske direkt överflödiga i en tandläkares journal. En utförlig yrkesanamnes kan vara av stor vikt när omständigheterna talar för ett samband mellan patientens problem och hans arbetssituation.

Ett viktigt slag av uppgifter som bör finnas i flertalet patientjournaler är en beskrivning av orsaken till vårdkontakten. Sådana uppgifter avgör ofta valet av behandlingsform. Eftersom uppgifterna ofta bildar utgångspunkt för en kedja av vårdbeslut om patienten är de i efterhand ovärderliga som förklaring av hela vårdepisodens förlopp. Vid mera uppenbara anledningar till vårdbesöket blir omfattningen av anamnesen naturligtvis mindre.

Uppgifter om överkänslighet mot vissa läkemedel och om blodgrupp är ofta väsentliga för säkerheten i vården. Där de kan ha betydelse bör de därför vanligtvis ges en framträdande och iögonfallande plats i journalen.

Andra förhållanden som i vissa vårdsituationer kan behöva dokumenteras i en patientjournal är uppgifter om ärftlighet, sociala förhållanden, kost-, alkohol- och rökvanor, tidigare och nuvarande sjukdomar, den senaste sjukdomsutvecklingen och pågående medicinering.

Innan diagnos kan ställas upprättas ofta en status över patienten. Status innebär en beskrivning av den utförda undersökningen av patienten och undersökningsresultatet. I den slutna vården äsyftas vanligen den första undersökningen efter inskrivningen. Uppgifterna i status avser, enkelt uttryckt, vad läkaren ser, hör och känner, eventuellt med hjälp av apparatur. Status innehåller ofta en beskrivning av patientens allmäntillstånd, kroppsbyggnad och yttre karaktäristika. Därefter redovisas undersökningen av de kroppsorgan som är av särskilt intresse för sjukdomsbilden. Iakttagelser om avvikelser från det normala brukar alltid redovisas vid positiva fynd, medan negativa fynd endast beskrivs när så bedöms motiverat i det enskilda fallet.

Efter uppgifterna om intagnings- eller kontaktorsak, sjukdomshistorien och utförd undersökning följer vanligtvis en kortfattad värdering av den tillgängliga informationen – preliminär bedömning. Det är med andra ord fråga om en första analys av patientens problem, som vanligen utmynnar i ett ställningstagande till den fortsatta utredningen och behandlingen. Preliminärbedömningen brukar därför också innehålla en arbetsdiagnos.

I *punkten tre* finns en bestämmelse om att patientjournalen skall innehålla uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder. Med diagnos avses bestämmande av en sjukdom. Regler för ställande av diagnos m.m. finns i socialstyrelsens cirkulär MF 1968:94.

Innebörden av ordet åtgärder torde inte kräva någon särskild förklaring. Med uttrycket mera betydande avses att markera att kravet på dokumentation inte gäller samtliga åtgärder som kan förekomma vid vården, utan endast de åtgärder som är mera avgörande för resultatet av vården.

Enligt *fjärde punkten* skall patientjournalen innehålla väsentliga uppgifter om de åtgärder som vidtagits och planerats. Också beträffande dessa åtgärder gäller, att endast de väsentliga uppgifterna behöver dokumenteras.

I *punkten fem* föreskrivs att patientjournalen skall innehålla uppgifter om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen har gjorts. För det fall journalen förs av en enda person är det självklart tillräckligt att denne anges på ett ställe i journalen, t.ex. överst i grundhandlingen. Om det däremot är fråga om en journal som förs gemensamt av flera personer, t.ex. vid en sjukhusklinik, måste identifikationen göras så, att det klart och entydigt framgår av handlingarna vem som svarar för de olika uppgifterna i journalen. Både namn och yrke bör anges för den som svarar för uppgiften. En uppgift om namn kan dock vara tillräcklig i de fall yrket eller behörigheten på annat sätt framgår av omständigheterna. Detta gäller t.ex. vid anteckningar i sådana blanketter som utformats särskilt för en viss yrkesgrupp.

Tredje stycket. Uppgifterna i patientjournalen skall tas in i denna så snart det kan ske. Bl.a. med hänsyn till säkerheten i vården är det nödvändigt att så sker. Det finns annars risk för att uppgifter som kan vara av betydelse för vårdresultatet glöms bort eller av annan anledning aldrig dokumenteras. Också patientens rättssäkerhet kräver att journaluppgifterna tas in i journalen så snart som möjligt. Bestämmelsen gäller alla journalhandlingar och alla slags journalanteckningar. Med uttrycket tas in avses både anteckningar i en journalhandling och infogande av journalhandlingar som upprättats inom verksamheten eller som inkommit utifrån.

4 § Varje uppgift i en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården skall utformas så, att patientens integritet respekteras.

Paragrafen motsvarar i sak 2 § första stycket andra meningen utredningens lagförslag.

Under senare år har respekten för patientens integritet i hälso- och sjukvården kommit alltmer i förgrunden i lagstiftningsarbetet. I bl.a. tillsynslagen och hälso- och sjukvårdslagen är detta en central fråga. Det är då självklart att också journalföringen måste bygga på denna princip. En grundläggande förutsättning för att patientens integritet skall respekteras är att uppgifterna i patientjournalen är korrekta. Detta räcker dock inte. Många uppgifter i en patientjournal utformas efter en subjektiv värdering.

Vissa av dessa uppgifter kan då uppfattas som kränkande av patienten, även om de är riktiga i sak. Avsikten med denna paragraf är att erinra om betydelsen av att utforma uppgifterna i patientjournalen på ett sådant sätt att patienten inte känner sig kränkt av dem eller att helt utelämnas sådana uppgifter om de inte har betydelse för ställningstaganden i vården. Ovidkommande värdeomdömen om patienten eller hans anhöriga av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär får inte förekomma. Respekten för patientens integritet förutsätter också allmänt en återhållsamhet när det gäller uppgifter om dennes privatliv. Den kan också medföra andra begränsningar, t.ex. vad gäller användning av videoteknik i den psykiatriska vården.

5 § De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt möjligt förståeliga för patienten.

Paragrafen svarar i huvudsak mot 2 § andra stycket utredningens lagförslag.

Samtliga journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skrivna på svenska språket. – Av 14 § framgår att undantag från detta krav kan göras i vissa fall. – Kravet på att anteckningar i en journalhandling skall vara skrivna på svenska innebär dock inte att varje ord eller term i handlingen måste vara på svenska. Möjligheterna att i alla lägen använda svenska ord och uttryckssätt begränsas i viss mån av att det svenska språket saknar exakta synonymer till olika vedertagna fackuttryck på främmande språk. Termer av latinsk eller annan utländsk härstamning måste därför godtas när adekvata motsvarigheter inte finns i vårt språk. Om däremot inhemska motsvarigheter finns, får inte de utländska orden eller uttryckssätten väljas.

Med orden "tydligt utformade" avses handlingens tekniska utformning. Om en journalanteckning görs för hand skall skriften vara tydlig och enkelt läsbar för var och en. Handskriven text skall vara tydlig och ej vedertagna förkortningar får inte förekomma i en journalhandling.

Kravet på tydlighet gäller även olika former av avtryck, avskrifter och kopior.

Med uttrycket "så långt möjligt förståeliga för patienten" avses innehållet och dess språkliga utformning. Alla patienter har inte samma förutsättningar att förstå innebörden av en journalanteckning. Det är därför av största vikt, att den som svarar för anteckningen lägger sig vinn om att utforma den enkelt och lättförståeligt. Omständliga och svårtydda anteckningar kan leda till missförstånd och felbedömningar i vården. Svåra och främmande ord bör så långt möjligt undvikas. Jargong och liknande uttryckssätt kan inte accepteras. Korta meningar bör eftersträvas. En patientjournal är ju inte avsedd för endast vårdpersonalen utan även för patienten, tillsynsmyndigheten, HSN, domstolar etc.

Kravet på förståelighet gäller främst skrivna journalhandlingar. Att

röntgenbilder, EKG-remsor etc. kräver särskilda kunskaper och erfarenheter för att tolkas och förstås ligger i sakens natur.

Det är att märka att kraven på journalhandlingar i denna paragraf avser endast de handlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården. Med den valda definitionen på patientjournal förekommer inte sällan i denna också journalhandlingar som har upprättats utanför hälso- och sjukvården, t.ex. av en försäkringskassa. Eftersom den som upprättar dessa handlingar inte omfattas av skyldigheten i denna lag att föra patientjournal är det inte möjligt att tillämpa kraven på journalhandling även på sådana handlingar. Den som upprättar en sådan handling är ju inte heller alltid medveten om att handlingen kommer att tas in i en patientjournal.

6 § Varje journalhandling skall hanteras och förvaras så, att den som är obehörig inte får tillgång till den.

Om en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen har lämnats till någon, skall det antecknas i patientjournalen vem som har fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har utlämnats.

Paragrafen motsvarar med vissa tillägg 9 § utredningens lagförslag.

Första stycket. I detta stycke behandlas vad som ibland benämns inre sekretess, dvs. frågor som rör rutinerna för användningen av en patientjournal inom den verksamhet där patientjournalen förvaras. Föreskriften avser både det fallet då journalen upprättats inom verksamheten, ingivits dit eller inlämnats. Vid vården av en patient på t.ex. en klinik är det endast en begränsad del av personalen som i sitt arbete behöver tillgång till patientens journal. Respekten för patientens integritet kräver att ingen utanför denna krets får tillgång till journalen. Läsning i en patientjournal av ren nyfikenhet kan aldrig godtas. Det ankommer på den som svarar för verksamheten att se till att sådana rutiner tillämpas, att endast den som behöver journalen i sitt arbete har tillgång till den. Bestämmelsen har utformats med 51 § andra stycket socialtjänstlagen (1980:620) som förebild. I socialtjänstlagen omnämns uttryckligen endast handlingarnas förvaring. Det säger sig självt att samma restriktivitet och varsamhet i hanteringen måste gälla även när handlingarna används i det dagliga arbetet. För att detta förhållande klart skall framgå, talas i den nu föreslagna bestämmelsen om både hantering och förvaring.

Bestämmelsen i detta stycke innebär att en journalhandling som lämnas obehövad skall förvaras inlåst i en journalvagn, arkivskåp eller på likvärdigt sätt. ADB-system måste förse med någon form av individuell behörighetskontroll och andra säkerhetsspärrar, t.ex. terminalläsning.

Andra stycket. Av 13 § framgår att en patientjournal på ansökan i vissa fall skall förstöras helt eller delvis. Enligt hittills gällande bestämmelser kan endast de handlingar förstöras som förvaras inom hälso- och sjukvården. Den nu föreslagna lydelsen av 13 § har inte någon sådan begränsning. Tanken är att även handlingar utanför hälso- och sjukvården skall kunna förstöras, t.ex. en kopia av en journalhandling som förvaras hos en domstol

eller en försäkringskassa. Avsikten med bestämmelsen i detta stycke är att förbättra möjligheterna att spåra sådana handlingar.

Var och en som lämnar ut en journalhandling eller en kopia eller avskrift av handlingen är skyldig att anteckna i patientjournalen vem som har fått handlingen, kopian eller avskriften och när denna har lämnats ut. Innan en journalhandling lämnas ut, skall givetvis prövas om utlämnande kan ske enligt sekretesslagen eller tillsynslagen. I tryckfrihetsförordningen finns bestämmelser om vad som gäller vid utlämnande av allmänna handlingar, bl.a om anonymitetsskydd (2 kap. 14 § tredje stycket). Sekretessen för uppgifter i en journalhandling torde dock innebära, att den som begär att få ta del av en sådan handling endast undantagsvis kan ha rätt till anonymitet.

Som framgår av bestämmelsens ordalydelse gäller den inte det fallet då en kopia eller avskrift i sin tur kopieras eller skrivs av. Att i dessa fall kräva att en anteckning härom görs på den kopierade eller avskrivna handlingen skulle föra för långt. Detta förfarande torde också förekomma endast undantagsvis. I de fall det finns behov av en kopia eller avskrift bör denna göras från originalhandling.

7 § Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall än som avses i 13 §. Vid rättelse av en felaktighet skall det anges när rättelsen har skett och vem som har företagit den.

Paragrafen motsvarar 10 § utredningens lagförslag.

Föreskriften innebär att samma krav på hur rättelser skall utföras kommer att gälla för både den enskilda och allmänna hälso- och sjukvården. Kravet innebär bl.a. att en rättelse i en journalhandling alltid måste göras så, att den ursprungliga texten klart framgår också efter rättelsen. Det är således inte tillåtet att utplåna den ursprungliga texten. För konventionella handlingar innebär detta att fullständig överstrykning, målning eller radering inte är tillåten. För olika tekniska medier får jämförbara ingrepp på mekanisk eller elektronisk väg inte företas.

Bestämmelsen skall tolkas mot bakgrund av tryckfrihetsförordningen och den rättspraxis som utvecklats i anslutning till denna. Frågan när en handling skall anses upprättad kommer således att aktualiseras även i den privata hälso- och sjukvården. För de vanliga korrigeringarna av skrivfel, som upptäcks vid genomläsning av texten, anses därvid gälla att sådana rättelser kan utföras fritt under förutsättning att rättelsen har ett faktiskt och tidsmässigt samband med själva utskriften.

För de patientjournaler som förs med hjälp av ADB-teknik kan praktiska problem uppkomma vid rättelse av uppgifter i journalen. För sådana journaler gäller dessutom bestämmelserna om rättelse i 8 § datalagen (1973:289). I dessa fall bör en rättelse i dataregistret ske enligt 8 § datalagen samtidigt som den vidtagna rättelsen och ursprungstexten manuellt antecknas i en särskild handling. I registret görs en hänvisning till denna handling.

På detta sätt kan man i varje enskilt fall få reda på vilka uppgifter som finns och har funnits i patientjournalen.

Bevarande av journalhandling

8 § En journalhandling skall bevaras till dess minst tre år har förflutit efter det den sista uppgiften fördes in i den. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva att bevarandetiden skall vara minst tio år för vissa journalhandlingar.

Om arkivvård av patientjournaler i det allmännas verksamhet finns det särskilda bestämmelser.

Paragrafen motsvarar i huvudsak 8 § utredningens lagförslag. En möjlighet att förlänga bevarandetiden från tre till tio år för vissa journalhandlingar har införts.

Första stycket. Den minsta tid en patientjournal skall bevaras har satts till tre år. Reglerna om preskription vid skadeståndsanspråk från en patient samt tillsyns- och ansvarsärenden innebär inte sällan behov av handlingar som är äldre än tre år. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bemyndigas därför att meddela föreskrifter om vilka handlingar som skall omfattas av en längre bevarandetid. Denna tid har i paragrafen satts till minst tio år.

Längre bevarandetider kan vara föreskrivna i andra lagar. I t.ex. 3 § tredje stycket lagen (1984:1140) om insemination föreskrivs att uppgifter om spermagivare skall antecknas i en särskild journal, som skall bevaras i minst 70 år.

Bestämmelsen i *andra stycket* erinrar om att de landstingskommunala huvudmännen i övrigt själva får besluta om bevarande och gallring av de egna journalarkiven. Det är således huvudmannen som har att fatta beslut om gallring. Detta framgår av hänvisningen i 12 § hälso- och sjukvårdslagen till 3 kap. 10 § tredje stycket kommunallagen (1977:179) och den fortsatta hänvisningen där till 2 kap. 27 § samma lag. Bestämmelsen i första stycket förhindrar gallring av journalhandlingar som innehåller anteckningar som är yngre än tre resp. tio år, men ger för tiden därefter huvudmännen möjlighet till gallring i pågående journaler av material som saknar långsiktigt värde – s.k plockgallring – enligt de principer som kan komma att anges i rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen.

Skyldighet att föra patientjournal

9 § Skyldig att föra patientjournal är

1. den som enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke.
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, är verksam som logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare.

3. den som är verksam som arbetsterapeut, kurator eller sjukhusfysiker i den allmänna hälso- och sjukvården.

Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.

Paragrafens första stycke motsvarar i allt väsentligt 3 § andra stycket punkterna 1–3 utredningens lagförslag. Andra stycket saknar motsvarighet i utredningens lagförslag.

Första stycket. Skyldigheten att föra patientjournal har begränsats till dem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Av 1 § tillsynslagen framgår vilka som hör till denna personal. Skyldigheten att föra journal gäller dock inte all hälso- och sjukvårdspersonal utan endast dem som har mera centrala och självständiga uppgifter inom vården. I första hand gäller skyldigheten samtliga yrkesutövare som har legitimation för sitt yrke. Bestämmelser om legitimation finns f.n. för barnmorskor, glasögonoptiker, logopeder, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och tandläkare. Till denna grupp av journalföringsskyldiga hänförs också de som enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. har särskilt förordnande att utöva visst yrke. Sådana förordnanden kan ges för barnmorskor, läkare och tandläkare. Så är t.ex. samtliga läkare och tandläkare under s.k. allmäntjänstgöring förordnade på detta sätt.

Inom både den allmänna och enskilda hälso- och sjukvården förekommer det att yrkesutövare arbetar som logoped, psykolog eller psykoterapeut utan att ha legitimation för yrket. Också dessa yrkesutövare räknas till hälso- och sjukvårdspersonal; inom den enskilda hälso- och sjukvården dock endast under förutsättning att de biträder en legitimerad yrkesutövare i vården. Detta framgår av 1 § tillsynslagen. Av bestämmelsen i punkten 2 framgår att också dessa är skyldiga att föra patientjournal. Den som självständigt verkar som logoped, psykolog eller psykoterapeut inom enskild hälso- och sjukvård utan att ha legitimation för yrket tillhör inte hälso- och sjukvårdspersonalen och omfattas följaktligen inte heller av tillsynslagens bestämmelser. För dessa yrkesutövers verksamhet gäller lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (den s.k. kvacksalverilagen). Det finns självfallet inte någon anledning att ålägga dessa skyldighet att föra journal.

Till de journalföringspliktiga har förts även arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker som är verksamma inom den allmänna hälso- och sjukvården.

Andra stycket. Som framgår av den allmänna motiveringen har det av främst kostnadsskäl inte varit möjligt att ålägga dem som för journal skyldighet att signera sina journalanteckningar. I stället har i detta stycke tagits in en uttrycklig erinran om att den som för journal också svarar för sina uppgifter i den.

Skyldighet att utfärda intyg om vården

10 § Den som enligt 9 § är skyldig att föra patientjournal, skall på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

Paragrafen saknar motsvarighet i utredningens lagförslag.

I allmänna läkarinstruktionen (1963:341) finns en bestämmelse om överläkares skyldighet att utfärda intyg om vården. Enligt 10 § punkten 5 är sådana läkare skyldiga att på begäran av den som har varit intagen på sjukhus avgiftsfritt utfärda intyg om orsaken till intagningen, om tiden för intagningen och för utskrivning.

I denna paragraf har skyldigheten att utfärda intyg på patientens begäran utvidgats till att gälla samtliga de yrkesutövare som i sin verksamhet är skyldiga att föra patientjournal. I praktiken torde dock intygsgivningen begränsas till i huvudsak läkare och tandläkare. I intyget skall lämnas de uppgifter om undersökningen, vården och behandlingen som behövs för det av patienten begärda ändamålet. Vilka uppgifter som skall lämnas, torde i flertalet fall vara lätt att avgöra för den som skall utfärda intyget. Ofta är det fråga om intyg till försäkringskassa, försäkringsbolag, domstol etc. I bestämmelsen regleras inte frågan om vilka avgifter som får tas ut för intyg. Den reglerar inte heller frågan om myndigheters rätt att inhämta intyg. Vad gäller sistnämnda fråga bör, liksom hittills, myndigheternas inhämtande av uppgifter från hälso- och sjukvården regleras i berörda lagar och förordningar. Sådana föreskrifter finns t.ex. i 5 § allmänna läkarinstruktionen.

Offentlighet och sekretess m.m.

11 § Om rätten att ta del av journalhandlingar i det allmännas verksamhet finns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen (1980:100).

Paragrafen motsvarar med ett redaktionellt tillägg 5 § utredningens lagförslag. Bestämmelsen i paragrafen har flyttats hit från 9 § första stycket tillsynslagen.

Bestämmelser om offentlighet och sekretess för journalhandlingar i det allmännas verksamhet – främst den landstingskommunala hälso- och sjukvården – finns inte i denna lag, utan i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen. Bestämmelsen i denna paragraf är endast en hänvisning till dessa lagar.

12 § En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård skall på begäran av patienten genast eller så snart som möjligt tillhandahållas honom för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om inte annat följer av 6 § andra stycket eller 6 a § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Frågor om utlämnande av en journalhandling enligt första stycket prövas av den som är ansvarig för patientjournalen. Anser denne att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut, skall han genast med eget

yttrande överlämna frågan till socialstyrelsen för prövning.

I fråga om överklagande av socialstyrelsens beslut enligt andra stycket gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 15 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).

Paragrafen motsvarar med smärre redaktionella ändringar 6 § utredningens lagförslag. Bestämmelserna i paragrafen har flyttats hit från tillsynslagen. Med mindre tillägg och redaktionella ändringar motsvaras första stycket av 9 § andra stycket, andra stycket av 10 § och tredje stycket av 43 § första stycket tillsynslagen.

Första stycket. I detta stycke ges bestämmelser om hur en patient kan få ta del av sin patientjournal samt en hänvisning till de hinder som kan finnas för detta. I förhållande till utredningens förslag har endast den ändringen gjorts, att orden "enskild tandvård" strukits, eftersom tandvård är en del av hälso- och sjukvården. I specialmotiveringen till motsvarande bestämmelse (9 § andra stycket) i tillsynslagen anförde föredraganden bl.a. följande (prop. 1978/79:220). – Det bör noteras att hänvisningen till 14 § sekretesslagen avser lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar –.

Generellt torde kunna sägas att alla anteckningar, som görs för att uppfylla föreskrifterna om skyldighet att föra journal och som journalföraren har för avsikt att behålla för behandlings- och tillsynsändamål, också bör vara tillgängliga för patienten. Det torde ligga i själva journalföringens natur att anteckningarna görs fortlöpande och i nära anslutning till behandlingstillfället.

I bestämmelsen sägs att journalen skall tillhandahållas den vars vård eller behandling journalen avser. Denna formulering avser inte att utesluta att även den som är behörig ställföreträdare för patienten – förmyndare, ombud med fullmakt och motsvarande – i förekommande fall bör kunna få tillgång till journalen.

Den inskränkning i rätten att ta del av privata journaler som föreslås, dvs. att ändamålet med vården eller behandlingen äventyras eller någons personliga säkerhet sätts i fara, motsvarar vad som i 14 § sekretesslagen sägs om sådan handling som avser någons intagning, vård och behandling på anstalt eller inrättning eller vård eller behandling av läkare annorstädes än på anstalt. I förevarande paragraf har inskränkningen inte begränsats till sådana handlingar utan föreslås gälla alla privat förda journaler. Det ligger dock i sakens natur att inskränkningen knappast får tillämpning på andra journaler än sådana som förs av läkare.

Andra stycket. I detta stycke finns regler för hur utlämnandet av en journalhandling skall prövas. Bestämmelserna har utan ändring i sak flyttats från 10 § tillsynslagen. I specialmotiveringen till denna paragraf i tillsynslagen anförde föredraganden bl.a. följande (prop. 1978/79:220).

Vem som är ansvarig för journalen framgår av föreskrifterna om skyldighet att föra journal. Om den som ansvarade för journalen vid behandlingstillfället inte längre tjänstgör, får hans efterträdare i verksamheten regelmässigt anses ha övertagit ansvaret för journalen. Skulle journalen ha överlämnats till länsläkare enligt 6 § andra stycket allmänna läkarinstruk-

tionen får denne pröva frågan om utlämnande enligt reglerna om allmänna handlingar.

Bestämmelsen om att den som har vägrat lämna ut journal enligt 9 § andra stycket skall avge yttrande till socialstyrelsen, då han dit hänskjuter frågan om utlämnande, har föranletts av att det i socialstyrelsen blir fråga om en överprövning av yrkesutövarens ställningstagande.

Tredje stycket. I 15 kap. 7 § sekretesslagen finns bestämmelser om besvärsgång m.m. Dessa bestämmelser skall i tillämpliga delar gälla när socialstyrelsens beslut enligt andra stycket överklagas.

13 § På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i en patientjournal får socialstyrelsen förordna att journalen helt eller delvis skall förstöras. En förutsättning för detta är dels att godtagbara skäl anförs för ansökan, dels att patientjournalen eller den del därav som skall förstöras uppenbarligen inte behövs för patientens vård eller att det uppenbarligen inte finns allmänna skäl för att den bevaras.

Innan ansökan slutligt prövas, skall den som ansvarar för patientjournalen beredas tillfälle att yttra sig.

Om socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av en patientjournal, får beslutet överklagas hos kammarrätten genom besvär. Om socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

Paragrafen motsvarar med vissa ändringar 7 § utredningens lagförslag. Bestämmelserna har flyttats hit från tillsynslagen. Första stycket motsvaras i huvudsak av 11 § första stycket, andra stycket av 11 § andra stycket och tredje stycket med ändring av besvärinstansen av 43 § andra och tredje styckena tillsynslagen.

Första stycket. Enligt gällande bestämmelser i tillsynslagen (11 § första stycket) får endast patienten ansöka om förstöring av journal och kan förstöring ske endast av journal som förvaras inom hälso- och sjukvården. Vad gäller den förstnämnda begränsningen innebär den nu föreslagna lydelsen att även annan som omnämns i journalen får göra sådan ansökan. Skälen till detta framgår av den allmänna motiveringen.

Även begränsningen till journaler som bevaras inom hälso- och sjukvården tas bort i den nu föreslagna bestämmelsen. Detta innebär att samtliga journalhandlingar som innehåller uppgifter som enligt beslut skall förstöras omfattas av beslutet. Förstöring skall således ske av både originalhandlingen och kopior eller avskrifter och detta oberoende av var handlingarna förvaras. I de fall en journalhandling finns hos någon annan än den som ansvarar för patientjournalen, måste följaktligen handlingen begäras åter. De anteckningar som skall göras enligt 6 § andra stycket blir av stort värde när journalhandlingar skall spåras.

När det gäller bestämmelsen i övrigt kan hänvisas till vad föredraganden bl.a. anförde i denna del i propositionen med förslag till tillsynslag (prop. 1978/79:220).

Som anförts i den allmänna motiveringen kan inte enbart patientens inställning läggas till grund för ett beslut om förstöring. Även om patientens önskan har stor betydelse måste samhällets intresse av att kunna meddela så god och säker vård som möjligt åt medborgarna också tas med i bilden. Med hänsyn till den kritik som har framförts under remissbehandlingen av kommitténs förslag har förutsättningarna för förstöring skärpts. Detta har i bestämmelsen uttryckts så att journalen får förstöras under förutsättning dels att godtagbara skäl anförts för begäran, dels att det uppenbarligen inte föreligger motstående intressen som att journalen behövs för patientens vård eller behandling eller att det är påkallat av allmänna intressen att den bevaras. Kravet på godtagbara skäl för ansökan innebär att en patient inte har rätt att utan vidare få sin journal eller del av den förstörd. Det krävs att anteckningarna är sådana att det rimligen kan medföra en psykisk belastning eller liknande för patienten om de bevaras. Genom inskränkningen att det uppenbarligen inte är påkallat att bevara journalen av allmänna skäl ges möjlighet att beakta olika samhällsintressen som avser journalmaterialet – t.ex. insynen, forskningen, ekonomin i vården. Det får överlämnas åt den beslutande myndigheten – socialstyrelsen – att ange i vilken utsträckning samhället har behov av att journalmaterialet bevaras.

Förordnandet om förstöring skall kunna avse hela journalen eller en del därav. Det sistnämnda innebär att t.ex. bara ett ord, en mening eller kanske patientens persondata tas bort ur journalen. Förordnandet bör även avse kopior av originalhandlingen.

Andra stycket. I specialmotiveringen till denna bestämmelse i tillsynslagen anförde föredraganden följande i propositionen (prop. 1978/79:220).

I fråga om förfarandet inför socialstyrelsen har inte föreskrivits annat än att den som ansvarar för journalen skall ha haft tillfälle att yttra sig innan ansökan bifalles. Med den som ansvarar för journalen avses samma personkrets som angivits under 10 §, dvs. den som enligt föreskrift är skyldig att föra journalen eller se till att journalen förs.

Bestämmelserna lämnar möjlighet för socialstyrelsen att välja om förstöringen skall ske genast, innan handlingarna i ärendet lämnar styrelsen eller om åtgärden kan överlätas åt t.ex. en sjukvårdshuvudman. För att kunna göra sin prövning torde socialstyrelsen alltid behöva fordra in originaljournalen. Det kan emellertid förekomma att denna av arkiveringsskäl blivit överförd till mikrofilm eller till annat inte omedelbart läsbart förvaringsmedium. Det bör åligga socialstyrelsen att ta reda på om så skett och låta sitt förordnande om förstöring avse även sådan registrering. I ett sådant fall kan det bli nödvändigt att förlita sig på innehavarens medverkan till förstöringen.

Tredje stycket. I förhållande till motsvarande bestämmelser i tillsynslagen (43 § andra och tredje styckena) har endast den ändringen gjorts, att socialstyrelsens beslut får överklagas hos kammarrätten och inte hos regeringen.

Ytterligare föreskrifter

14 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får, om det finns särskilda skäl, meddela föreskrifter om undantag från bestämmelsen i 5 § att en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skriven på svenska språket.

Paragrafen saknar motsvarighet i utredningens lagförslag.

Med stöd av bemyndigandet i denna paragraf får regeringen, om det finns särskilda skäl för det, i föreskrifter medge undantag från kravet i 5 § att en journalhandling skall vara skriven på svenska språket. Regeringen får i sin tur bemyndiga en myndighet, t.ex. socialstyrelsen, att meddela sådana föreskrifter om undantag.

Enligt 5 § skall en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården vara skriven på svenska språket. Ett absolut upprätthållande av detta krav är emellertid inte möjligt bl.a. av det skälet, att Sverige har internationella åtaganden att beakta som berör denna fråga. Den 25 augusti 1981 ingick Sverige, Danmark, Finland och Norge en överenskommelse om godkännande av vissa yrkesgrupper för verksamhet inom hälso- och sjukvården och veterinärväsendet. Genom överenskommelsen regleras villkoren för en fri nordisk arbetsmarknad för 17 yrkesgrupper tillhörande hälso- och sjukvårdspersonalen samt för veterinärer. Överenskommelsen har godkänts av riksdagen. Den innebär bl.a. att läkare, tandläkare, sjuksköterskor m.fl. som är behöriga att utöva sitt yrke i de övriga fördragsslutande staterna också är behöriga att utöva yrket här i landet om de uppfyller vissa krav. Som ett av dessa krav gäller att de besitter för yrket behövliga kunskaper i svenska, danska eller norska språket. Också för andra som har fått sin utbildning utomlands krävs endast att de behärskar ett av de nämnda språken. För dem som är behöriga att utöva yrke inom hälso- och sjukvården utan att behärska svenska språket är det följaktligen inte möjligt att kräva journalföring på svenska. I dessa fall måste godtas att patientjournalen förs på danska eller norska språket.

15 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter i de frågor som avses i denna lag.

Regeringen får överlåta åt den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om en journalhandlings utformning, innehåll och hantering.

Paragrafen motsvarar med vissa tillägg 4 § utredningens lagförslag.

I denna paragraf bemyndigas regeringen att meddela de ytterligare föreskrifter om patientjournaler och journalhandlingar som kan behövas. Med journalhandlingar avses även intyg om vården. Bestämmelsen i andra stycket ger regeringen rätt att överlåta åt en myndighet att meddela sådana föreskrifter. Myndighetens rätt att meddela föreskrifter har dock begränsats till bestämmelser om journalhandlingars utformning, innehåll och hantering.

Patientjournaler i krig m.m.

16 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om patientjournaler i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.

Paragrafen saknar motsvarighet i utredningens lagförslag.

Regeringen får med stöd av bestämmelsen i denna paragraf meddela föreskrifter under krig och likartade förhållanden som i erforderlig utsträckning tar över den lagstiftning rörande patientjournaler som gäller under fredstid.

Ikraftträdandebestämmelserna

Bestämmelsen med hänvisning till 12 § första stycket motsvarar första punkten av ikraftträdandebestämmelserna till lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl., som nu föreslås upphävd.

4.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Som framgår av den allmänna motiveringen har bestämmelserna om patientjournaler i 8–11 §§ och punkt 1 övergångsbestämmelserna till tillsynslagen förts över till patientjournalagen.

När det gäller de föreslagna ändringarna i 13 och 38 §§ tillsynslagen kan följande framhållas.

Disciplinärenden som har karaktären mer av allmänna arbetstagarförseelser än försummelser i egenskap av hälso- och sjukvårdspersonal kan idag överlämnas från HSAN till arbetsgivaren enligt 38 § första stycket tillsynslagen.

Föreskriften innebär att det hittills inte varit möjligt för HSAN att överlämna ärenden till annan myndighet – t.ex. en förtroendenämnd – för avgörande när frågan rört hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning. Den nu föreslagna föreskriften i 38 § gör det möjligt för HSAN att lämna över vissa ärenden som rör klagomål över brister i kontakten mellan patient och personal i vården eller annat liknande förhållande till landstingskommunen för den åtgärd som kan anses påkallad. Andra frågor som kan överlämnas är t.ex. klagomål på bemötande och bristande information. En förutsättning för att överlämnande skall kunna ske är att det är uppenbart att disciplinär åtgärd enligt tillsynslagen inte kan komma i fråga.

Beslut om att överlämna ett ärende fattas av HSAN eller av ordföranden på nämndens vägar med stöd av 21 § andra stycket tillsynslagen. I ett ärende om överlämnande bör utredningsskyldigheten för HSAN enligt 27 § tillsynslagen kunna begränsas till en översiktlig granskning av ärendet utan att principerna för kommunikation behöver tillämpas. HSANs beslut att överlämna ett ärende kan överklagas till kammarrätten genom förvaltningsbesvär.

5 Hemställan

Jag hemställer att lagrådets yttrande inhämtas över förslagen till

1. patientjournallag,
2. lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

6 Beslut

Regeringen beslutar i enlighet med föredragandens hemställan.

LAGRÅDET

Utdrag
PROTOKOLL
vid sammanträde
1985-03-27

Närvarande: f.d. justitierådet Hult, regeringsrådet Björne, justitierådet Gregow.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 21 mars 1985 har regeringen på hemställan av statsrådet Sigurdsen beslutat inhämta lagrådets yttrande över förslag till

1. patientjournallag,
2. lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Förslagen har inför lagrådet föredragits av kammarrättsassessorn Christer Lindau.

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1985-03-28

Närvarande: statsministern Palme, ordförande, och statsråden Lundkvist, Feldt, Sigurdsen, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Andersson, Boström, Bodström, Göransson, Gradin, Dahl, Holmberg, Thunborg, Wickbom

Föredragande: statsrådet Sigurdsen

Proposition om patientjournallag m.m.

Föredraganden anmäler lagrådets yttrande¹ över förslag till

1. patientjournallag,
2. lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.,
och anför.

Lagrådet har lämnat lagförslagen utan erinran.

I förslaget bör göras vissa ändringar av redaktionell karaktär. Språkliga justeringar bör göras i 2, 3, 6–8 och 10–15 §§ samt i rubriken närmast före 3 § förslaget till patientjournallag. I detta förslag bör vidare 6 och 7 §§ byta plats. En smärre redaktionell ändring bör också göras i 38 § andra stycket förslaget till lag om ändring i lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att anta de av lagrådet granskade lagförslagen med vidtagna ändringar.

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att anta de förslag som föredraganden lagt fram.

¹ Beslut om lagrådsremiss fattat vid regeringssammanträde den 21 mars 1985.

Sammanfattning av journalutredningens huvudbetänkande (SOU 1984:73) "Patientjournalen"

Journalutredningen lägger i detta huvudbetänkande fram förslag om en helt ny lag – lagen om patientjournaler. Utredningen för också fram förslag i sekretess- och integritetsfrågor, som inte har formen av lagändringar. I denna sammanfattning redovisas förslagen liksom huvuddragen av bakgrunden och avgränsningar som gjorts.

Journalutredningen har sett sitt uppdrag som ett led i ett omfattande lagstiftningsarbete på vårdområdet, som förenklat kan sägas innebära åtgärder för att öka säkerheten och stärka patientens ställning i vården samt föra över uppgifter och beslutsbefogenheter från staten till landstingen. Utredningen har därvid funnit ett naturligt samband mellan journalföringen och den s.k. tillsynslagen.

Kretsen av personer som räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och i vilka situationer dessa disciplinärt kan ställas till ansvar för sina åtgärder i patientvården har redan definierats i tillsynslagen. Den av journalutredningen föreslagna journallagen knyter an till begreppet "patientvård" varmed avses den individuellt inriktade vården till förebyggande, utredningen eller behandling av sjukdom, skada eller kroppsfel samt vård i samband med barnsbörd – oberoende av i vilka former vården ges. Det innebär att den journalföring, som aktualiseras i bl.a. företagshälsovården, skolhälsovården och tandvården berörs av utredningsförslagen. Det har dock fallit sig naturligt att beskriva journalföringen i landstingens hälso- och sjukvård mer utförligt, eftersom denna är så pass dominerande.

Med journalföring avser utredningen en redogörelse för vården av en enskild individ. Denna behöver inte endast innehålla strikt medicinska uppgifter utan kan lika väl beskriva psykologiska och sociala förhållanden. Journalen är en samling av upprättade och inkomna handlingar, vanligen av konventionellt slag. Journaler kan också bestå av t.ex. bandupptagningar och fotografier, sålunda även röntgenfilm. Utredningen påpekar därför, att man inte kan dra alla patientjournaler över en kam, t.ex. vid tillämpningen av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar.

En bärande tanke i journalutredningens arbete har varit, att i högre grad än hittills tillgodose patienternas intressen i journalföringen. I utredningsdirektiven talas om intresset av god och säker vård och om rättssäkerhets- och integritetsintressen. Dessa ligger också till grund för alla olika förslag som utredningen lägger fram. Ett annat mål har varit att minska detaljregleringen av de berörda verksamheterna. Journalutredningen har vidare försökt att ta ett helhetsgrepp på all patientdokumentation – antingen det är fråga om journaler eller register, som förs på konventionellt sätt eller med stöd av ADB-teknik. Den föreslagna journallagen ställer samma krav på alla typer

av journaler och gör inte heller någon skillnad mellan olika yrkesgrupper eller olika vårdgivare.

Patienternas integritetsintressen

Journalutredningen konstaterar allmänt, att olika önskemål beträffande journalanvändningen ibland kommer i konflikt med varandra. Målet om en säker vård synes t.ex. förutsätta så öppna informationskanaler som möjligt, vilket dock medför att patientens personliga förhållanden blir kända i en vidare krets. Medborgarna ställer krav på samhället att klarlägga och eliminera hälsorisker redan i miljön. Detta förutsätter förebyggande åtgärder och forskning, som endast kan utföras om människorna är beredda att i någon mån göra avkall på sina krav om en absolut personlig integritet.

Kraven på förebyggande åtgärder liksom effektivitets-, säkerhets- och kontinuitetsaspekter har under de senaste årtiondena dominerat utredningar och beslut om inriktningen av hälso- och sjukvården, vilket till viss del kan ha skett på bekostnad av skyddet för patienternas integritet. Journalutredningen föreslår flera olika åtgärder i syfte att uppnå en bättre balans mellan de olika intressena, för att på så sätt slå vakt om ett fortsatt gott förtroende mellan allmänheten och hälso- och sjukvården. Dessa åtgärder kan sägas beröra tre nivåer av journalhanteringen: den inre sekretessen på sjukvårdsenheterna, informationsutbytet mellan olika enheter och uppgiftslämnandet till de centrala registren.

Särskilt de senaste årtiondena har karaktäriserats av en snabb och expansiv utbyggnad av personal och övriga vårdresurser samtidigt som själva vården blir mer komplicerad och specialiserad. Den moderna hälso- och sjukvården är i högsta grad också informationsintensiv. I takt med denna utveckling föreligger – enligt journalutredningens mening – klara risker för en avtrubning av personalens respekt för journaluppgifternas högst personliga karaktär.

Journalutredningen föreslår därför, att klinikcheferna (motsv.) vidtar lokala åtgärder för att motverka slentrian vid det dagliga journalutnyttjandet. Sådana åtgärder kan t.ex. avse förvaringen av journalerna och vilka personer som behöver ha tillgång till information i olika avscenden. Utredningen föreslår vidare att huvudmännen stöder dessa initiativ, t.ex. genom informationsinsatser inom ramen för pågående internutbildningsaktiviteter.

Bl.a. betoning av principen om en helhetssyn på patientens förhållanden har medfört ökade behov av informationsutbyte. I takt med att primärvården byggts ut och fått ett vidgat ansvar har den i ökad utsträckning efterfrågat kommuninnevånares vårduppgifter som finns i den slutna vården. Utvecklingen går här mot alltmer generella och systematiska system för informationsöverföring, antingen man utnyttjar konventionell teknik eller ADB.

Journalutredningen framhåller, att det rutinmässiga informationsutbytet i sin praktiska tillämpning strider mot grundläggande principer i sekretesslagen. Rutinerna måste läggas om så att de innefattar ett sekretessprövningsmoment. Utredningen föreslår en annan möjlighet, som bör kunna passa bättre in i det praktiska arbetet, nämligen att rutinerna grundas på patientens samtycke. Förslag ges på hur en sådan lösning i vissa situationer kan utformas som en formell samarbetsöverenskommelse. Journalutredningen anser det också nödvändigt, att begreppet "självständig verksamhetsgren" i sekretesslagen snarast klarläggs och för fram den egna uppfattningen att varje klinik bör ses som en självständig enhet.

Vissa grundläggande patientuppgifter används även för andra ändamål än sådana som primärt har med vården av den enskilde patienten att göra, t.ex. i samband med planeringen av vårdresurserna, utvärdering och forskning. Uppgifterna dataregistreras och själva arbetet utförs för det mesta på landstingens förvaltningar och hos de centrala myndigheterna – i första hand socialstyrelsen. Behovet av registerdata har ökat och därmed uppgiftslämnandet från den lokala nivån. Massmedia har särskilt under senare tid beskrivit den oro över en alltmer påträngande registrering, som kan finnas hos människorna.

Journalutredningen har inte kunnat påvisa något reellt underlag för denna oro när det gäller de centrala registren och bedömer därför att den beror på brister i informationen på flera håll. Utredningen föreslår att de berörda myndigheterna utarbetar ett upplysningsmaterial som riktar sig till all hälso- och sjukvårdspersonal. När personalen själv blir bättre informerad kan man också ge patienterna vederhäftiga upplysningar redan i samband med vården.

Sedan registren inrättades har en ny sekretesslagstiftning trätt i kraft, som medför att sekretess gäller också mellan olika myndigheter. Journalutredningen har noterat formella brister när det gäller rapporteringsskyldigheten till de centrala registren och föreslår att statsmakterna i grunden ser över författningsstödet för dessa och myndigheternas befogenheter i sammanhanget. Detsamma gäller systemet för information från mödrahälsovården till barnhälsovården och senare till skolhälsovården, som utredningen också sakligt kritiserar.

Journalutredningens förslag till åtgärder för att bättre tillgodose patienternas integritetsintressen slår även igenom i journallagen.

För att ytterligare strama upp de interna sekretessrutinerna föreslås en bestämmelse om skyddad förvaring av journaler så att inte obehöriga får tillgång till dem. Med föreskriften om att journalförandet skall bygga på respekt för patientens integritet vill utredningen bl.a. poängtera att nedsättande eller kränkande värdeomdömen om patienten eller hans anhöriga inte får förekomma.

I syfte att underlätta kommunikationen mellan patienterna och vårdpersonalen föreslås ett krav med innebörden att journaler skall skrivas på

begriplig svenska. Utredningen påpekar dock, att journallagen här kommer att få karaktären av målbestämmande. En försvenskning av det medicinska språket kan lätt bli löjeväckande om det görs onyanserat och man får därför lita till ett språkvårdsarbete på längre sikt.

Patienterna har sedan 1980 rätt att efter beslut av socialstyrelsen få sina journaler inom hälso- och sjukvården helt eller delvis förstörda. Enligt erfarenheterna hittills, som visserligen är begränsade, har bestämmelsen fungerat som ett korrigeringsinstrument i få undantagsfall. Journalutredningen föreslår en försiktig utvidgning av bestämmelsen så att även de journalkopior och originaljournaler som finns inom andra verksamheter kan förstöras. För att det skall vara praktiskt möjligt att verkställa detta införs en följdbestämmelse i journallagen om att datum och mottagare alltid skall antecknas vid utlämnade av kopior.

Patienternas rättssäkerhetsintressen och intresset av en god och säker vård

Journaler är i första hand ett arbetsmaterial, som används av hälso- och sjukvårdspersonalen som ett stöd för minnet i deras dagliga arbete. Härvid sammanfaller personalens och patienternas intressen av att journalen skall möjliggöra en så god och säker vård som möjligt. Om vården brister i något avseende måste patienten garanteras en möjlighet att få saken utredd. Journalutredningens förslag syftar till att garantera patienterna en grundtrygghet i medicinskt och rättsligt hänseende.

En primär uppgift har varit att lägga fast de grundläggande skyldigheterna att dokumentera vården. När det gäller skyldigheten att föra journal konstateras, att de gällande bestämmelserna är omoderna och otillräckliga.

Journalutredningen föreslår en generell reglering för framtiden, som knyter an till såväl det medicinska ledningsansvaret som till yrkesansvaret för vissa grupper. Därvid anförs som en huvudprincip, att befattningshavare som vunnit legitimation bör personligen åläggas att föra journal. Härmed jämställs läkare och tandläkare som har s.k. förordnandebehörighet och personal som anställs som logoped, psykolog eller psykoterapeut utan att ha legitimation. Arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker ingår inte i legitimationsgruppen, men föreslås ändå få en motsvarande skyldighet när de arbetar i hälso- och sjukvården. Journalföringsskyldigheten innebär ett krav att dokumentera olika åtgärder och bakgrund till åtgärder som är betydelsefulla för vården av den enskilde patienten. Triviala och självklara uppgifter, liksom råd av mer allmän karaktär kan uteslutas.

Vad journalerna mer konkret bör innehålla varierar starkt. Journalutredningen anser det därför olämpligt med en generell reglering av journalinnehållet och föreslår i stället, att förvaltningsmyndigheterna bemyndigas att ge ut specialdestinerade regler härom till komplettering av journallagen. Dessa

bör i första hand ges formen av allmänna råd, men skall också kunna utfärdas som tvingande föreskrifter när säkerheten i vården så kräver.

Journalutredningens principiella inställning är, att det inom ramen för journallagen bör finnas en stor frihet att välja metod för journalföring och journaltyp liksom att utforma blanketter, gemensamma skrivregler m.m. Försöken med datajournaler bör t.ex. kunna gå vidare, under förutsättning att integritets- och sekretessfrågorna får en nöjaktig lösning.

Centralt fastställda journalblanketter, som ett enda godkänt alternativ, bör endast komma i fråga när det föreligger starka säkerhetsskäl eller när rättssäkerhetsintressena väger särskilt tungt. Som exempel på sådana behovsområden anger journalutredningen vård med stöd av LSPV och smittskyddslagstiftningen.

Ansvarsreglerna är viktiga för patienternas rättssäkerhet. För att det t.ex. i ett ansvarsärende skall vara möjligt att påvisa överensstämmelse mellan en viss journalanteckning och dess upphovsman föreslås en bestämmelse med innebörden, att journalförarens identitet och yrkeskompetens alltid skall redovisas. Av grundläggande betydelse är också personaluppgifter om patienten. Journalutredningen påpekar, att tiosiffrigt personnummer ger den största säkerheten, men att journallagen inte utesluter andra identifikationsuppgifter.

Erfarenheterna visar att slarvig handstil och kryptiska förkortningar avsevärt försvärat handläggningen hos socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Journalutredningen föreslår därför en föreskrift i journallagen om att journalhandlingar skall vara tydliga och läsbara.

Frågor om ändringar eller rättelser av journaler aktualiseras nästan dagligen i det praktiska arbetet ute i hälso- och sjukvården. Om införda uppgifter raderas bort omöjliggörs en rättvis kontroll av vården och allmänhetens rätt till insyn blir i det närmaste illusorisk. Därför föreslås ett krav i journallagen, som innebär att den gamla texten inte får göras oläslig och att det skall anges i journalen när rättelsen skett och vem det är som har företagit den. Bestämmelsen motiveras bl.a. av utvecklingen av datajournaler. Av kostnadsskäl föreslås inte något generellt krav på genomläsning och signering av journalutskrift.

För närvarande saknas i viss utsträckning helt bindande regler om bevarandet av journalen. Journalutredningen föreslår i journallagen, att journalhandlingar generellt skall bevaras i minst tre år. Bestämmelsen motiveras av tillsynsmyndigheternas behov av ett komplett och rättvisande bevismaterial och utgör således inte något riktmärke för en allmän gallring.

Journallagen kommer att reglera alla de berörda yrkesgrupperna och olika journaler enhetligt. Dokumentationskravet grundas uteslutande på uppgifternas betydelse för patientens vård och som en rättssäkerhetsgaranti för honom. Särskilt när det gäller ADB-registren har skett en sammanblandning av rent medicinska och administrativa uppgifter, som aktualiserar en del

gränsdragningsproblem. Journalutredningen föreslår, att huvudmännen i högre grad försöker att renodla de olika registerändamålen. Utredningen pekar i det sammanhanget också på risken för lagkonflikter mellan datalagen och journallagen. En ändring i datalagen kan komma att bli nödvändig.

Journalutredningen har lagt ned stor möda på att rensa upp i alla olika författningar. Journallagen medför att bl.a. socialstyrelsen ställs inför ett ganska omfattande författningsarbete. Utredningsarbetet får också vissa konsekvenser för utbildningen inom vårdsektorn. Journalutredningen föreslår, att UHÄ och berörda linjenämnder ser till, att det i grundutbildningen för alla de yrkesgrupper som i sitt arbete blir skyldiga att föra journal förmedlas de grundläggande kunskaper som behövs. Stödåtgärder bör också ges i landstingens internutbildning. Den samlade effekten av journalutredningens förslag bedöms bli oförändrade kostnader för huvudmännen, enskilda och staten.

Utredningens lagförslag

Förslag till

Lag om patientjournaler

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 §

Med *patientjournal* avses i denna lag en i samband med vård av patienter använd samling av upprättade eller inkomna handlingar (*journalhandlingar*), som innehåller uppgifter om en enskild patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Som vård av patienter enligt första stycket anses sådan vård som meddelas av personal som avses i 1 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. Som handling anses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel.

2 §

Varje journalhandling skall tillgodose patientens behov av god och säker vård. Den skall bygga på respekt för hans integritet.

En journalhandling skall vara tydlig och läsbar samt föras på svenska språket när inte särskilda omständigheter talar däremot.

Skyldighet att upprätta patientjournal

3 §

En patientjournal skall upprättas för varje patient.

Skyldighet att i en journalhandling göra anteckningar om en patients hälsotillstånd och om vidtagna åtgärder i samband med vården åvilar

1. den som enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,
2. den som utan att ha legitimation innehar anställning som logoped, psykolog eller psykoterapeut,
3. den som innehar anställning i hälso- och sjukvården som arbetsterapeut, kurator eller sjukhusfysiker.

Vid varje anteckning i en journalhandling skall det anges när den har gjorts och vilken befattningshavare som har gjort den.

Ytterligare föreskrifter**4 §**

Regeringen bemyndigas att meddela ytterligare föreskrifter i de frågor som avses i denna lag.

Regeringen får överlåta åt myndighet som regeringen bestämmer att meddela sådana föreskrifter om en journalhandlings innehåll och utformning, som behövs till skydd för enskilda.

Offentlighet och sekretess m.m.**5 §**

Om rätten att ta del av journalhandlingar i det allmännas verksamhet finns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen.

6 §

En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård eller enskild tandvård skall på begäran av patienten genast eller så snart som möjligt tillhandahållas honom för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om ej annat följer av 6 § andra stycket eller 6 a § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Frågor om utlämnande av en journalhandling enligt första stycket prövas av den som är ansvarig för patientjournalen. Anser denne att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut, skall han genast med eget yttrande överlämna frågan till socialstyrelsen för prövning.

I fråga om talan mot socialstyrelsens beslut enligt första stycket gäller i tillämpliga delar 15 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).

7 §

På ansökan av patienten får socialstyrelsen förordna att en patientjournal helt eller delvis skall förstöras. En förutsättning för detta är dels att godtagbara skäl anförs för ansökan, dels att patientjournalen eller den del därav som skall förstöras uppenbarligen inte behövs för sökandens vård eller behandling eller att det uppenbarligen inte finns allmänna skäl för att den bevaras.

Innan ansökan slutligt prövas, skall den som ansvarar för patientjournalen beredas tillfälle att yttra sig.

Om socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av en patientjournal, får beslutet överklagas hos regeringen genom besvär. Om socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

Bevarande m.m.

8 §

En journalhandling skall bevaras till dess minst tre år har förflutit efter det den sista uppgiften fördes in i den.

Om arkivvård av patientjournaler i det allmänna verksamheten finns det särskilda bestämmelser.

9 §

Varje journalhandling skall förvaras så att den som är obehörig inte får tillgång till den. Om en journalhandling har lämnats till någon i avskrift eller kopia, skall det antecknas i patientjournalen vem som har fått avskriften eller kopian och när denna har utlämnats.

10 §

En uppgift i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläslig i andra fall än som avses i 7 §. Vid rättelse av en felaktighet skall det anges när rättelsen har skett och vem som har företagit den.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1985.

Förslag till**Lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.**

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

dels att 8–11 §§ och punkt 1 övergångsbestämmelserna skall upphöra att gälla.

dels att rubriken närmast före 8 § skall utgå,

dels att 43 § skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*43 §¹

I fråga om talan mot socialstyrelsens beslut enligt 10 § gäller i tillämpliga delar 15 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).

Om socialstyrelsen har avslagit ansökan om förstöring av en journal, får beslutet överklagas hos regeringen genom besvär.

Om socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

Socialstyrelsens beslut att förelägga vite enligt 7 § får överklagas hos kammarrätten genom besvär.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1985.

¹ Senaste lydelse 1981:1346.

Remissammanställning över Journalutredningens huvudbetänkande Patientjournalen (SOU 1984:73)

Följande remissinstanser har avgivit yttranden:

Justitiekanslern, Göta hovrätt, kammarrätten i Stockholm, datainspektionen, data- och offentlighetskommittén, försvarets sjukvårdsstyrelse, värnpliktsverket, socialstyrelsen, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, riksför-säkringsverket, statistiska centralbyrån, riksrevisionsverket, universitets- och högskoleämbetet – som bilagt yttranden av universiteten och karolinska institutet – riksarkivet – som bifogat yttranden av landsarkiven – statens livsmedelsverk, arbetarskyddsstyrelsen, styrelsen för teknisk utveckling, utredningen om formerna för den psykiska barn och ungdomsvården (PBU/BUP) samt den kommunala familjerådgivningens framtida verksamhet (BFU-81), riksdagens ombudsmän, Landstingsförbundet, samtliga sjukvårdshuvudmän, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen i Sverige, Tjänstemännens centralorganisation, Centralorganisationen SACO/SR, Sveriges läkarförbund, SHSTF, Läkarsekreterarnas förening, Svenska läkaresällskapet, Föreningen arkivverksamma i landsting och kommun (FALK), Handikappförbundens centralkommitté (HCK), De handikappades riksförbund (DHR).

Svenska kommunförbundet och riksförbundet Hem och skola har beslutat avstå från att avge yttrande.

Därutöver har skrivelser inkommit från följande organisationer och intressesammanslutningar: Sveriges psykologförbund, riksförbundet för sexuellt likaberättigande, Synskadades riksförbund och Verdandi.

I Allmänna synpunkter

Journalutredningens huvudbetänkande Patientjournalen har fått ett positivt mottagande av remissinstanserna. Utredningen anses allmänt ha lyckats väl med den företagna översynen av den grundläggande patientdokumentationen inom hälso- och sjukvården. Förslaget till en särskild lag om patientjournaler välkomnas och anses i huvudsak kunna ligga till grund för lagstiftning.

De avsnitt som behandlar integritet och sekretess inom hälso- och sjukvården och de centrala och lokala personregistren i hälso- och sjukvård har allmänt avsetts vara av stort värde för den praktiska verksamheten och som ett underlag för fortsatta diskussioner och ställningstaganden.

Kammarrätten i Stockholm anför följande. De grundläggande bestämmelserna om hälso- och sjukvården finns numera intagna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den utgör en ramlag som i betydande omfattning

behöver kompletteras med bestämmelser, anvisningar och allmänna råd för att en tillfredsställande hälso- och sjukvard skall vara säkerställd i hela riket.

Patientjournalerna är ett viktigt hjälpmedel i vården. De utgör också ett värdefullt underlag för bedömningen av den behandling som har förekommit i det enskilda fallet. De föreskrifter som finns rörande innehållet i patientjournalerna förekommer i ett stort antal författningar m.m. och är därför mycket svåröverskådliga. Reglerna är också i vissa delar uppenbart i behov av modernisering. Bl.a. ter det sig naturligt att bestämmelser ges om att journalföringsskyldighet föreligger för en del personalgrupper som inte nu är ålagda sådan.

Betänkandet innehåller en ingående och värdefull kartläggning av nuläget. Av den framgår att journalföringen har en synnerligen stor omfattning och binder betydande personalresurser. Den är följaktligen också mycket kostnadskrävande. Om journalerna blir alltför omfattande förlorar de också i värde som underlag för vården. Med hänsyn till dessa omständigheter är det viktigt att både socialstyrelsen centralt och de journalansvariga lokalt fortlöpande söker tillse att journalföringen inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det primära syftet, patientvården. Önskemål om att ytterligare uppgifter skall tillföras journalerna för externt bruk bör behandlas med den största restriktivitet.

De förslag som utredningen har lagt fram innebär en välbehövlig uppstädning och kommer därmed att avsevärt underlätta den praktiska hanteringen.

Datainspektionen framhåller att den verksamhet vars "dokumentation" journalutredningen utrett rör ett för den enskilda människan traditionellt sett känsligt område. Datainspektionen som har relativt sett omfattande kontakter med allmänheten får ta emot synpunkter av det slag utredningen har konstaterat finns, nämligen bl.a. allmänhetens rädsla för att en ökad användning av ADB-teknik inom sjukvården medför att känsliga uppgifter om deras hälsotillstånd allt mer registreras och också sprids i en större krets. Det är för övrigt inte ovanligt att liknande synpunkter även framförs av vårdpersonal i deras kontakter med datainspektionen.

Datainspektionen anser att utredningen på ett förtjänstfullt sätt pekat på de risker som ADB-tekniken medför och bland annat redovisat de frågor och problem som måste uppmärksammas i högre grad än vad som varit fallet. Inspektionen instämmer i de tankegångar utredningen stödjer sina förslag på. Inspektionen har under sin nu tioåriga verksamhet ofta haft anledning framföra synpunkter liknande de utredningen framför och instämmer därför till fullo i utredningens uttalande att "mängden personliga uppgifter, informationsspridningen och den vida kretsen av personer som internt och externt har tillgång till journaluppgifter utgör drag i en utveckling som ter sig oroväckande när man ser saken strikt med patientens integritetsintressen för ögonen" och att det krävs en bättre balans mellan olika intressen om man vill

undvika en förtroendekris mellan allmänheten och hälso- och sjukvården. Inspektionen delar också utredningens oro över utvecklingen mot datasystem för automatisk informationsöverföring mellan olika självständiga verksamhetsgrenar innebärande att någon egentlig sekretessprövning av utlämnande av uppgifter i det enskilda fallet inte alltid sker.

Det kan emellertid i anslutning härtill finnas skäl att nämna att sekretesslagen i enstaka fall ansetts utgöra hinder i vården. Sannolikt har det varit fråga om en rigid tillämpning av lagen, som självfallet inte bör få äventyra patientens väl.

Datainspektionen har inga principiella invändningar mot lagförslaget. Det torde snarare, sett från de synpunkter inspektionen har att beakta, utgöra en förstärkning av patientens integritetsskydd. Allmänt sett torde förslaget kunna bidra till en uppstramning och utgöra ett stöd för datasinspektionens synpunkter sett från datalagens intentioner.

Sammanfattningsvis anser datainspektionen i princip kunna biträda lagförslaget och övriga förslag från utredningen och att den föreslagna lagen kan leda till ökat skydd för den enskildes integritet. Inspektionen understryker särskilt att uppgiftslämnande till centrala personregister skall författningsregleras och att någon ändring av 8 § datalagen inte skall ske.

Riksarkivet (RA) anser rent allmänt att föreskrifter med tillhörande kommentarer inom detta område måste hälsas med glädje. Det är dock av vikt, att riktlinjerna blir klara och möjliga att efterleva.

Sammanfattningsvis anser riksarkivet att förslaget bör överarbetas samt att man samtidigt tar ställning till de förslag om gallring i vissa medicinska arkiv m.m., som framlagts i förra betänkandet. Därvid måste beaktas att de urvalskriterier, som fastställs, med största sannolikhet blir normerande för andra personorienterade materialkategorier. Om ett lagförslag med ett innehåll, som det nu föreliggande skall utfärdas, bör det enligt riksarkivets åsikt åtföljas av regler om arkivvården, för att intentionerna i lagförslaget skall få genomslagskraft. Riksarkivet är berett att delta i diskussioner om hur sådana regler skall utformas och utfärdas.

Försvarets sjukvårdsstyrelse framhåller att det inom försvarsmakten liksom i samhället i övrigt finns en strävan att värna om individens rätt till sekretess och personlig integritet i samband med patientvård. Försvarets sjukvårdsstyrelse finner dock att de speciella förhållanden som råder inom försvarsmakten inte tillfullo har beaktats i journalutredningen. Motsvarande synpunkter framförs av *värnpliktsverket*.

Utredningens förslag biträdades i huvudsak av *Göta hovrätt* och *hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* (HSAN).

Landstingsförbundet betonar att hälso- och sjukvårdens reformarbete i hög grad har präglats av en strävan att öka säkerheten och stärka patientens ställning i vården. Landstingen har också fått ökad frihet att utforma vården efter lokala behov och förutsättningar. Vårdens inriktning har också förändrats och omfattar allt mer av förebyggande insatser. De öppna

vårdformerna ställs i förgrunden. Denna utveckling måste återspeglas i reglerna om journalföring och patientdokumentation.

När det gäller patientdokumentation och register har under årens lopp utfärdats en mängd föreskrifter och allmänna råd. Av rättssäkerhets- och effektivitetsskäl är det därför motiverat med en översyn av dessa regler. Förbundsstyrelsen biträder utredningens förslag om att reglerna sammanföres i en ny lag för att ersätta merparten av de nu utspridda, oenhetliga och svåröverskådliga journalbestämmelserna. Härutöver förutsätter utredningen ett kompletterande författningsarbete. Utifrån en övergripande målsättning om patientens integritet och trygghet är det angeläget att detaljregleringen kan begränsas så långt möjligt. En utgångspunkt i det fortsatta arbetet måste vara att skapa ett överskådligt och lättförståeligt regelsystem. Föreslagna åtgärder måste kunna genomföras inom ramen för oförändrade eller minskade resurser för sjukvårdshuvudmännen.

Sjukvårdshuvudmännen är i allt väsentligt positiva till utredningens förslag till särskild lagstiftning.

Medicinska forskningsrådet (MFR) finner att journalutredningen funnit en god balans mellan författningsförslag och decentraliserat ansvar och frihet inom hälso- och sjukvården. De föreslagna åtgärderna synes inte försämra möjligheterna att använda journalhandlingar för forskningsändamål.

Efter hörande av sina sektioner för barn- och ungdomspsykiatri, cardiologi, endokrinologi, invärtes medicin, klinisk kemi, lungmedicin, nefrologi, neurologi, obstetrik och gynekologi, onkologi, patologi, pediatrik och skolhygien, psykiatri, rehabilitering och fysikalisk medicin, rättsmedicin, socialmedicin samt urologi har *Svenska Läkaresällskapet* anfört följande. Svenska Läkaresällskapet finner att journalutredningens huvudbetänkande är en väl genomarbetad remisshandling som på ett ambitiöst sätt föreslagit åtgärder för att öka säkerheten och stärka patientens ställning i vården. Strävan att minska detaljreglering och att ta ett helhetsgrepp på all patientdokumentation är värdefull. Förhoppningsvis kommer journalutredningen att över hela landet initiera en genomgång av journalföringssystemet och en uppstramning av de interna sekretessrutinerna rörande hantering och förvaring av patientjournalerna.

Journalutredningen har särskilt övervägt åtgärder för att öka säkerheten och tillgodose patientens rätt till skyddad integritet, men med beaktande av legitima behov av informationsutbyte. Förslaget till lag om patientjournaler har enligt Läkaresällskapet på ett värdefullt sätt anknutits till lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

De flesta av journalutredningens förslag synes okontroversiella och till stor del överensstämmande med vad som redan idag är praxis vid flertalet sjukvårdsinrättningar.

UHÄ överlämnar universitetens och karolinska institutets yttranden över betänkandet och hemställer att hänsyn tas till dem vid den slutliga behandlingen av den nya lagen om patientjournaler. UHÄ vill särskilt

uppmärksamma den stora oro för den framtida forskningens möjligheter som avspeglas i universitetens och karolinska institutets yttranden.

Sammanfattningsvis har universiteten och karolinska institutet i sina yttranden uttryckt sig uppskattande om journalutredningens arbete. I huvudsak är man också införstådd med lagförslaget, men vissa skiljaktiga uppfattningar från förslaget har presenterats. UHÅ vill nämna några kritiserande punkter.

Universitetet i Lund har funnit att utredningen onödigt mycket betonar journalen som dokument för en antagen framtida rättslig process på bekostnad av journalens betydelse som arbetsdokument i vården och i den kliniska och epidemiologiska forskningen. Universitetet i Umeå har uttryckt samma uppfattning.

Sveriges läkarförbund framhåller bl.a. följande. Sekretesslagen, tillsynslagen och hälso- och sjukvårdslagen är lagar som tillkommit de senaste åren. Hälso- och sjukvårdens journaler är dock fortfarande till stor del oreglerade. Uppgifter om journalförandet finns inom ett flertal författningar, som i vissa fall är äldre än femtio ar. Under århundranden har läkarkåren varit den huvudsakliga intressenten av journalerna, men de senaste årtiondena har medfört en betydande förändring och numera är journalen ett arbetsredskap för många yrkesgrupper inom sjukvården. Journalen har också blivit av mycket stort intresse för patienterna och ett flertal myndigheter med sjukvårdsanknytning. Journalens ställning har sålunda radikalt förändrats och särskilt har läkarkåren oroats över att patienternas integritet nu är i fara genom att rutinerna kring journalhanteringen har luckrats upp. Sveriges läkarförbund finner det därför naturligt att hälso- och sjukvårdens journaler nu regleras i en särskild journallag och förbundet hyser den förhoppningen att lagen skall medge ökad patientintegritet, bidra till god och säker vård samt också slå vakt om patienternas rättssäkerhetsintressen.

Det av journalutredningen nu framlagda förslaget till journallag och förarbetena till denna kan i väsentliga delar accepteras. Ett stort antal äldre författningar ersätts nu av en lag som kan hållas aktuell genom kompletterande föreskrifter. Lagen medger stora variationer som möjliggör anpassning till nya medier som datateknik. Journalrutinerna stramas upp vilket kommer att öka patientintegriteten. Dock förutsättes att den s.k. "samtyckesprincipen" tillämpas så att väsentliga olägenheter ej uppkommer inom sjukvården. Angeläget är emellertid att lagtexten i vissa delar, som förbundet påtalat, korrigeras och kompletteras till undvikande av tolknings-svårigheter och missförstånd.

TCO och *Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF)* anser att journalutredningens förslag till lag om patientjournaler får varmt välkomnas. Viktiga rättssäkerhetskrav för såväl patienter som personal tillgodoses därvid i huvudsak enligt högt ställda kvalitetskrav. Centrala definitioner fastslas såsom journal, journalhantering och journalföring.

Spri tillstyrker i huvudsak journalutredningens betänkande och förslag till

journallag. Enligt Spris bedömning finns ett klart behov att i lag ställa upp vissa grundläggande minimikrav på patientdokumentation inom hälso- och sjukvården för att säkerställa rättssäkerhet, integritet och säker vård för patienten. Utredningen har på ett förtjänstfullt sätt löst sin huvuduppgift enligt direktiven att i en lag samla bestämmelser som idag finns spridda i ett flertal författningar. Genom att lagförslaget inte är detaljreglerande ges huvudmännen möjlighet att på ett smidigt sätt anpassa tillämpningen både till lokala förhållanden och den tekniska utvecklingen, främst på datorområdet.

Handikapporganisationernas centralkommitté (HCK) anser att patientjournalen, av vem och hur denna förs samt hur den förvaras, är en viktig fråga för att garantera patienternas rättssäkerhet och integritet. Detta innebär också att den får en stor betydelse när det gäller att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målsättning, en starkare ställning för patienten. HCK ser därför positivt på att man nu, med en lag, vill göra denna viktiga del av hälso- och sjukvården, mer enhetlig och därmed, förhoppningsvis, mer rättssäker.

De handikappades riksförbund (DHR) kan i princip tillstyrka utredningens förslag och överväganden.

II Lagens tillämpningsområde, omfattning och innehåll, Definitioner

Justitiekanslern (JK) framhåller följande: Enligt 1 § i den föreslagna lagen om patientjournaler avses med patientjournal en i samband med vård av patienter använd samling av upprättade eller inkomna handlingar (journalhandlingar) som innehåller uppgifter om en enskild patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. För att en handling skall anses som allmän och därigenom underkastad bestämmelserna om offentlighet och sekretess krävs att den förvaras hos en myndighet och enligt 2 kap. 6 eller 7 § tryckfrihetsförordningen är att anse som inkommen eller upprättad hos myndighet. För att en journalhandling skall vara allmän handling fordras sålunda att den i den föreslagna paragrafen gjorda definitionen anknyter till tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmän handling. Med den reglering som finns i tryckfrihetsförordningen synes det i en patientjournal i det allmännas verksamhet även komma att finnas handlingar som inte är att betrakta som allmänna.

Patientjournalen enligt utredningens förslag torde nämligen inte vara att hänföra till sådan journal som avses i 2 kap. 7 § andra stycket 1. tryckfrihetsförordningen, även om en enskild journalhandling måhända kan ha denna karaktär. Då bestämmelserna om offentlighet och sekretess inte omfattar handlingar som inte är allmänna medför en lagstiftning enligt förslaget att inte ens vederbörande patient får någon laglig rätt att ta del av handlingar i en patientjournal som inte är allmänna.

Motsvarande inskränkning i rätten att ta del av journalhandlingar synes däremot inte komma att föreligga för patienter i enskild hälso- och sjukvård. Ett sätt att åstadkomma en likartad reglering för båda områdena skulle kunna vara att låta bestämmelsen i 6 § gälla även för det allmännas verksamhet. Ett annat sätt skulle kunna vara att anpassa tryckfrihetsförordningens bestämmelser om när en handling skall vara allmän till det nya patientjournalbegreppet på ett sådant sätt att samtliga handlingar rörande vården av en patient blir allmänna.

Kammarrätten i Stockholm anser att förslaget till lag om patientjournaler är alltför summariskt. Anmärkningar måste också riktas mot lagens disposition.

I fråga om innehållet anser kammarrätten till en början lika med utredningen (bet s 109) det vara en primär uppgift, då en ny lag om journalföring skapas, att de grundläggande skyldigheterna läggs fast när det gäller att dokumentera vården. I förslaget anges emellertid endast indirekt när en patientjournal skall läggas upp. Enligt betänkandet (s 118, jfr 111) skall en sådan journal upprättas och föras vid patientvård. Härmed förstås (bet s 42 ff, jfr s 11) den individuellt inriktade vården till förebyggande, uppspårande, utredning eller behandling av sjukdom, skada eller kroppsfel samt vård i samband med barnsbörd, företags- och skolhälsovård ävensom tandvård oberoende av i vilka former vården ges. I lagförslaget talas endast om sådan vård som meddelas av personal som avses i 1 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (TL). Den aktuella bestämmelsen är emellertid svårtolkad. Olika uppfattningar om innebörden har sålunda kommit till uttryck hos socialstyrelsen och ansvarsnämnden. Det synes därför mest ändamålsenligt om det i journallagen anges att journal skall föras vid patientvård. Härvid bör detta begrepp definieras så som utredningen har gjort i betänkandet.

Utredningen har valt att använda en vidgad innebörd av patientbegreppet (bet s 42). Kammarrätten har ingenting att invända häremot men anser att begreppet i så fall bör definieras i lagen.

JO har från de synpunkter *JO* har att beakta inte något att erinra vad gäller utredningens författningsförslag.

Datainspektionen anser det rätt att den föreslagna lagen skall gälla oavsett teknik och finner det i högsta grad angeläget med hänsyn till den snabbt ökande datoriseringen att den rättsliga regleringen av "datajournaler" och liknande registreringar inom hälso- och sjukvård är klar och entydig. De oklarheter som synes råda torde emellertid mer vara en effekt av bristande kännedom om och iakttagande av gällande författningar vid användandet av ADB-teknik än en effekt av teknikens användning. ADB-system konstrueras och personregister inrättas utan att man dessförinnan beaktat gällande bestämmelser. Problem och oklarheter uppstår därför i efterhand. Någon särskild rättslig reglering av "datajournaler" utöver nu gällande datalagstiftning och den föreslagna lagen om patientjournaler är enligt inspektionens

mening för närvarande således inte nödvändig.

Datainspektionen delar uppfattningen att journalen endast skall innehålla sådana uppgifter som behövs för vård av den enskilde patienten och att forskningens önskemål om eventuella ytterligare uppgifter får regleras och hanteras i annan ordning. Detta synes huvudsakligen överensstämma med den särskilda datalagens undantagsbestämmelse. Den förebyggande hälsovårdens behov av ytterligare eventuella uppgifter i personidentifierbar form skall också lösas i annan ordning, t.ex. genom frivilligt deltagande från den enskildas sida. När det gäller insamling av uppgifter för annat ändamål än vårdändamål, t.ex. för forskning oavsett det är fråga om sjukvårdshuvudman eller universitet eller annan forskningsinrättning, meddelar inspektionen regelmässigt föreskrifter om att de personer som skall ingå i registret bland annat skall informeras om registreringen, ändamålet med denna samt att deltagandet är frivilligt.

HSAN ifrågasätter om den definition av begreppet patientjournal som ges i 1 § är fullständig. Journalen innehåller även operationsberättelser, uppgifter om utfärdade remisser och ordinationer, behandlingsåtgärder och annat som svärigen kan inrymmas under "patients hälsotillstånd". Ansvarsnämnden föreslår att paragrafen ges följande lydelse:

"Med *patientjournal* avses i denna lag en samling av upprättade eller inkomna handlingar (*journalhandlingar*), som innehåller uppgifter om enskild patients hälsotillstånd, vård och personliga förhållanden".

Journalutredningen konstaterar att journalhandlingar normalt är de viktigaste bevismedlen i ärenden hos ansvarsnämnden, vilket förhållande nämnden vill bekräfta.

HSAN tillstyrker journalutredningens förslag att i journallagen endast bör anges målet för journalföringen, medan regler för tillämpningen av lagen bör utfärdas av regeringen eller förvaltningsmyndigheterna.

Socialstyrelsen anser att värdet av att bryta ut de journalbestämmelser som nu finns i lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen), hälso- och sjukvårdslagen samt sekretesslagen och sammanföra dem till en särskild lag kan diskuteras. Med hänsyn till att det kan vara praktiskt för hälso- och sjukvårdspersonalen i deras verksamhet och inom undervisningen att ha de centrala bestämmelserna om journaler samlade i en lag tillstyrker socialstyrelsen dock konstruktionen. Styrelsen finner den föreslagna lagtexten vara enkel och klar. Innehållet är väl disponerat och det är lätt att hitta i lagtexten genom rubrikerna som i huvudsak anger de olika paragrafernas innehåll.

Enligt 2 kap. 7 § andra stycket 1. tryckfrihetsförordningen anses en journal upprättad när den har färdigställts för anteckning eller införing. Den är därmed att anse som en allmän handling. Socialstyrelsen anser att detta är otillfredsställande när det gäller patientjournaler. Sådan handling borde i stället anses vara upprättad först efter det att tillfälle givits till genomläsning och signering av den som är ansvarig för anteckningen, eftersom anteck-

ningen kan ha rättsverkan av såväl medicinsk som juridisk art – såväl för patienten som för personalen. Styrelsen inser emellertid att kostnads- och tidsskäl även lägger hinder i vägen för ett generellt krav på signering. Det borde dock vara ett rimligt krav att åtminstone epikrisen (slutanteckningen) signeras.

SÖ anser det mycket positivt att journalutredningen arbetat utifrån patienten och härvid definierat hälso- och sjukvård efter § 1 Hälso- och sjukvårdslagen. Härigenom har bl.a. den journalföring som sker inom skolhälsovården på ett föredömligt sätt behandlats som en integrerad del av den totala journalföringen.

FALK anser det vara en stor fördel att hela vårdsidan knyts samman i en enda lag.

Riksarkivet framhåller att begreppet *samling* i 1 § är olyckligt vald, då den i arkivsammanhang används i en annan betydelse än det här är fråga om. Med denna term avses ett bestånd, som hopförts genom medveten samlarverksamhet (t.ex. en autografsamling). Här bör termen "persondossie" eller "patientdossie" begagnas, dvs. handlingar rörande samma person, som efter hand vid arkivbildningen placeras tillsammans. Dossien kan växa så länge personen är aktuell.

Försvarets sjukvårdsstyrelse förutsätter att lagen avses omfatta alla i Sverige boende individer, såväl i krig som fred. I händelse av krig eller vid övningar där krigsrutiner tillämpas kan dock yttre former tvinga fram, att krav enligt journalutredningens diskussioner och förslag inte kan vidmakthållas. För att kunna garantera en hög vårdkvalitet för patienten kan en större öppenhet på olika vårdnivåer krävas under sjukvård i krig eller krigsliknande tillstånd än under sjukvård i fred. Det är inte möjligt att i krigssituationer ställa samma krav på upprättandet av journal, journalens innehåll och form och journalförvaring som under fredsförhållanden.

Försvarets sjukvårdsstyrelse föreslår därför att lagtexten kompletteras med ett förbehåll där försvarets sjukvårdsstyrelse bemyndigas utfärda tillämpningsföreskrifter för journalhantering under krig och krigsliknande förhållanden.

Värnpliktsverket framhåller följande. Inom försvarsmakten, och i detta fall värnpliktsverket, finns i likhet med samhället i övrigt en strävan att värna om individens rätt till sekretess och personlig integritet i samband med patientvård. Eftersom någon direkt sjukvårdande verksamhet ej bedrivs i värnpliktsverkets regi, men däremot en intim samverkan med försvarets sjukvårdsstyrelse vad gäller handhavandet och förvarandet av medicinska handlingar, berörs ändå värnpliktsverket av utredningens arbete. När det gäller förvarandet av läkarhandlingar m.m. för värnpliktiga, som ej är i tjänst, sker detta vid centrala läkarhandlingsarkivet vid värnpliktsverket i Karlstad. Enligt utredningen inlemmas i journalbegreppet, sådana handlingar som upprättas vid hälsoundersökningar i samband med utredning av en persons lämplighet för en viss uppgift eller befattning. Vid verkets

inskrivningsundersökningar dokumenteras olika medicinska, psykologiska och sociala uppgifter, som således berörs av utredningens uppdrag.

Värnpliktsverket ansluter sig till av journalutredningen i huvudbetänkandet framförda synpunkter med det tillägget att de särskilda förhållanden, som kan beräknas inträffa vid krig och krigsliknande förhållanden bör bli föremål för upprättande av särskilda tillämpningsföreskrifter samt att det i och för sig önskvärda av en skärpning av sekretesslagens tillämpning ej får försvåra ett utväxlande av medicinska uppgifter mellan försvarets myndigheter och förband. I detta senare fall kan behovet av särskilda föreskrifter i lag eller förordning behövas.

Arbetskyddsstyrelsen slår fast att företagshälsovårdens uppgifter skall såväl vara hälsovårdande, förebygga olycksfall och ohälsa, som sjukvårdande. Journalutredningen föreslår, att den nya lagen om patientjournaler skall omfatta handlingar som upprättas för att förebygga och behandla sjukdom eller skada hos individen. Detta innebär, att företagshälsovårdens dokumentation av exponerings- och mätvärden som ej är individrelaterade ej omfattas av den föreslagna patientjournalagen.

Statens livsmedelsverk konstaterar att utredningen inte går närmare in på frågor om hanteringen av journalhandlingar som upprättas i samband med de hälsoundersökningar av viss livsmedelspersonal som görs med stöd av bestämmelserna i livsmedelslagstiftningen. Endast ett kort relaterande görs av rådande förhållanden, utan närmare kommentarer.

TCO anför följande: Enligt portalparagrafen avses med begreppet patientjournal "en i samband med vård av patienter använd samling av upprättade eller inkomna handlingar". Med uttrycket "vård av patienter" avses sådan vård som meddelas av hälso- och sjukvårdspersonal enligt definitionen i lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. Av förarbetena till denna lag framgår att lagen – oavsett anställningsform – ska omfatta alla dem vars arbetsinsatser krävs för att vården ska fungera, dvs. förutom den egentliga vårdpersonalen även administrativ personal, ekonomipersonal, teknisk personal, ambulanspersonal m.fl. Det är således många personalgrupper som skulle beröras och den information som insamlas kan bli mycket omfattande. I förslaget anges vidare att journalhandlingarna ska innehålla uppgifter om enskilda patienters "hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden". Vad som infattas i detta uttryck kan det komma att råda viss osäkerhet om.

Med hänsyn härtill anser *TCO* det nödvändigt av integritetsskäl att det i varje fall klarare anges vad "hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden" ska betyda. Det bör således klargöras att det ska vara fråga om uppgifter som är nödvändiga för att förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom, skada eller kroppsfel samt vård i samband med barnsbörd.

Begreppen "inkommen" eller "upprättad" handling är hämtade från tryckfrihetsförordningens bestämmelser om vad som konstituerar en allmän

handling. Hur man bör tolka begreppen i förhållande till den privata vården är oklart. De härstammar dessutom från en tid då handlingar bestod av pappersdokument. I ADB-systemen blir begreppen abstrakta. Information kan lagras på en datacentral och kan inom ramen för sekretesskyddet plockas fram när som helst. När och var informationen kommit till blir ointressant. Det väsentliga är istället att det finns ett journalinnehåll vid en viss tidpunkt beträffande en viss patient. TCO anser att ett klarläggande måste ske på dessa punkter.

SHSTF anför liknande synpunkter samt framhåller vidare: Begreppen "inkommen" och "upprättad" är hämtade ifrån tryckfrihetsförordningens bestämmelser om vad som konstituerar en allmän handling. Till detta kommer också att handlingen skall vara förvarad hos myndigheten.

Reglerna i tryckfrihetsförordningen avgränsar på olika sätt allmän handling från t.ex. minnesanteckningar, promemorior och andra uppteckningar, som inte tillför ärendet sakuppgifter (om ej arkivering sker). Vidare privatbrev om handlingen inte gäller ärende eller annan fråga som ankommer på myndigheten.

Journallagen kommer att gälla alla vårdverksamheter oavsett om den ges av offentlig eller privat vårdgivare. Innebörden av begreppet allmän handling såsom den definieras i tryckfrihetsförordningen kommer – såvitt man kan förstå – att gälla även inom den privata hälso- och sjukvården. Utan hänvisning till tryckfrihetsförordningen i journallagen kan oklarhet uppkomma hos framför allt de enskilda vårdgivarna vad som är journalhandling i lagens mening.

Mot denna bakgrund borde man överväga att avstå från dessa i vissa fall oklara uttryckssätt i 1 §. Tryckfrihetsförordningens definition av allmän handling kommer ju ändå att gälla oavsett handlingens syfte och karaktär.

Spris får ofta förfrågningar om i vilket skede en "minnesanteckning" blir journalhandling. Denna fråga bör därför enligt *Spris* mening klarläggas i anvisning till lagen.

Sveriges läkarförbund framhåller: I likhet med flertalet andra lagar på senare tid är journallagen en s.k. ramlag. Den förutsättes bli kompletterad med ytterligare föreskrifter exempelvis av socialstyrelsen. En lag i kombination med föreskrifter bör kunna väl tillgodose sjukvårdens krav och medge möjligheter till lokala avvikelser så att journalrutinerna kan verksamhetsanpassas. Detta bör rimligtvis medföra en smidig journal- och arkivfunktion samtidigt som säkerheten ökar. Inom lagens ram förutsättes även kunna rymmas nya medier såsom exempelvis ADB.

SACO/SR konstaterar att i betänkandet anges att den föreslagna lagen även avser att omfatta verksamhetsområden och yrkesgrupper utanför den allmänna hälso- och sjukvården. Exempel på sådan verksamhet är företagshälsovård, skolhälsovård, socialtjänst, kriminalvård. Många medlemsgrupper inom *SACO/SR*-förbund är verksamma inom dessa områden och

bedriver helt eller delvis hälso- och sjukvård. Journalutredningen gör inga närmare förtydliganden beträffande dessa grupper. SACO/SR finner, för tydlighetens skull och för undvikande av missförstånd, att dessa grupper närmare bör beskrivas i en kommande proposition.

Juridiska fakultetsnämnden vid Lunds universitet anför följande: Eftersom den begreppsapparat som journalutredningen valt att använda sig av i sitt arbete i mångt och mycket överensstämmer med det allmänna språkbruket torde ur rättssäkerhetssynvinkel detta val vara det bästa även om ett ordbyte eller förändringar av begreppsinnehållet skulle kunna medföra en bättre anpassning till exempelvis tryckfrihetsförordningen.

Sammanfattningsvis kan framhållas att journalutredningens förslag till lag om patientjournaler är mycket allmänt hållet. Några regler om innehållet i journalerna finns överhuvud ej. Orsaken till att lagtexten fått ett så allmänt innehåll torde ligga i linje med dels principen om en vidgad handlingsfrihet för landstingen, dels hänsynstaganden till hälso- och sjukvården som en verksamhet i förändring. Visserligen menar utredningen sig ha beaktat även patienternas rättssäkerhets- och integritetsintressen men fråga är om man i konflikten med de båda andra intressena har givit dem ett så stort utrymme som varit befogat.

Linköpings universitet anför: I utredningen diskuteras tämligen ingående vad som kan betraktas som en journalhandling och vad som kan tänkas ingå i en journal. Den beskriver också journalen som teknikneutral. Däremot är det mindre klart när under tillblivelsen av en journalhandling denna nått en så definitiv utformning att den kan betraktas som en allmän handling. Det gäller inte minst annan form än skriftlig framställning t.ex. en diktafonupptagning, där den som dikterat journalen ännu inte hunnit läsa utskriften och kontrollera dess innehåll. Ett diktafonband innehållande diktat som är avsett för utskrift till journal kan knappast utgöra allmän handling förrän den färdigställts.

Göteborgs och Bohus läns landsting föreslår att 1 § lagen kompletteras med följande: När patientdokumentation finns på annat ställe (geografiskt)/ annat medium ska detta tydligt framgå i patientjournalen. I t.ex. ansvarsfrågor och när patienten själv vill ta del av sin samlade journal är det viktigt att all information är tillgänglig.

Malmöhus läns landsting framhåller: Till frågan om vad som bör höras till journalen vill utskottet påpeka att sjukhus- och distriktsadministrationer idag har goda diarieföringssystem. Det finns således ingen anledning att belasta journalerna med uppgifter av administrativ karaktär. Administrativa ärenden kan – även om de handläggs av hälso- och sjukvårdspersonal – lätt separeras från frågor av medicinsk karaktär och diarieföras i administrativ ordning. I den mån ett administrativt ärende har betydelse för vården av en enskild patient kan hänvisning ske i journalen.

Malmö kommun anser att själva lagförslaget är i likhet med andra lagtexter starkt komprimerat och får praktiska konsekvenser för journalföring och

journalhantering vid sjukvårdsinrättningarna i landet. En förhoppning i detta sammanhang är att propositionen ges ett sådant innehåll att tillämpningen som utgör en syntes av ett omfattande regelverk innefattande tryckfrihetsförordningen, sekretesslagen, lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.m. underlättas, eljest torde det bli nödvändigt att i ett särskilt dokument ge tillämpningsföreskrifter där även relevanta textavsnitt i andra lagar och förordningar återges.

III Skyldigheten att föra journal. Behov av utbildning i journalföring m.m.

Kammarrätten i Stockholm tillstyrker att skyldigheten att föra patientjournal utsträcks till att avse de ytterligare personalkategorier som utredningen förordar. Kammarrätten anför vidare:

Utredningen säger sig föreslå en generell reglering för framtiden som knyter an till såväl det medicinska ledningsansvaret som till yrkesansvaret för vissa grupper. Denna kan dock inte utläsas i lagtexten, vilket är en brist.

Utredningen anger att delegering bör kunna ske. Av lagtexten framgår dock inte vare sig i vilken utträckning delegation får äga rum eller hur förhållandet blir mellan delegerat ansvar och yrkesansvar. Med hänsyn särskilt till ansvarsfrågorna är det angeläget att ett klargörande sker.

Journalföringsskyldigheten innebär enligt utredningen ett krav på dokumentation av olika åtgärder, som är betydelsefulla för vården av den enskilda patienten, och bakgrunden till dessa. Även detta bör framgå av lagen.

HSAN delar utredningens inställning att journalföring skall läggas fast som ett uttryckligt åliggande för vissa yrkesutövare och på så sätt inbegripas i dessa befattningshavares medicinska yrkesansvar.

Socialstyrelsen anser att journalföringsskyldighet för icke legitimerade logopedier, psykologer och psykoterapeuter bör begränsas till de som är anställda inom hälso- och sjukvården.

Spri anser att begreppet "anställning" har en arbetsrättslig innebörd som på ett icke avsett sätt begränsar journalföringsskyldigheten hos berörda grupper eftersom man uppenbarligen har åsyftat samtliga yrkesverksamma inom aktuella grupper. Den i punkt 3 i jämförelse med punkt 2 ytterligare avgränsningen till "anställning i hälso- och sjukvården" är enligt Spris uppfattning tveksam.

Spri anser vidare att "föra anteckningar" för tankarna till manuellt registrerad information. Även bildmaterial såsom röntgenbild måste kunna utgöra del av patientjournal. Begreppet registrering täcker även detta.

Skyldigheten att notera "vidtagna åtgärder" kan missuppfattas att enbart gälla händelser i förfluten tid. Det är viktigt såväl för patientens rättssäkerhet som för god och säker vård att man även registrerar *beordrade* framtida åtgärder liksom den tidpunkt då åtgärd beordrades eller vidtogs.

Svenska läkaresällskapet anser att förslaget att betydligt fler yrkesgrupper

än vad som nu är föreskrivet skall läggas i lag att föra journal är angeläget och i linje med gällande praxis. Dock bör en sådan skrivning göras, att nya yrkesgrupper som kommer i kontakt med patienten bör kunna läggas att dokumentera sitt arbete i journalen.

Sveriges läkarförbund framhåller följande: Patienterna och i ännu högre grad vardpersonalen ser i journalen ett redskap för god och säker vård. Vissa yrkesutövare inom sjukvården anses ha särskilt krävande arbetsuppgifter vad gäller patienternas säkerhet och har därför särskilt kompetensbevis. Journalutredningen har i fråga om dessa yrkesutövare föreslagit införande av en särskild journalföringsskyldighet för att garantera god kvalitet i vården. Dessutom föreslås att kretsen av journalpliktiga vidgas att också omfatta arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker. Läkarförbundet anser denna utökade journalföringsskyldighet sakligt motiverad.

SACO/SR anför följande: *SACO/SR* instämmer i den av utredningen valda principen att sammankoppla kraven att föra journal med legitimationsreglerna. Organisationen tillstyrker vidare att arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker får en motsvarande skyldighet när de arbetar i hälso- och sjukvården. *SACO/SR* finner att det föreslagna regelsystemet i många fall är en välkommen bekräftelse av gällande praxis.

TCO och SHSTF anser att de äldre utbildade medicinska assistenterna som ännu inte fått legitimation som sjuksköterskor bör läggas journalföringsansvar. De arbetar sida vid sida med legitimerade sjuksköterskor och har exakt samma uppgift inom verksamhetsområdet som den legitimerade personalen. Förutom den psykologiska aspekten kommer det att bli en mängd oklarheter rörande ansvarsfördelningen för journalföringen. Det blir nödvändigt ur praktisk synvinkel att delegera journalföringen och detta är ett otymligt förfarande. Det kan dessutom vara en viss säkerhetsrisk.

TCO framhåller vidare att det bör klargöras vilken personalgrupp som bör stå för det praktiska handhavandet av journalerna, dvs. läsa in dem efter användning, lämna ut dem till behöriga m.m. Enligt *TCO*s uppfattning bör denna uppgift i förekommande fall åvila läkarsekreteraren.

Läkarsekreterarnas förbund (LSF) framhåller följande: Skyldighet att föra journal åläggs ett antal olika yrkesgrupper och dessa ges möjlighet att själva bestämma om man vill ha separata journaler, journalpapper att biläggas huvudjournalen eller att skriva direkt i densamma. *LSF* anser att det skall finnas endast en huvudjournal för samma vårdtillfälle och efterföljande behandling och att journalanteckningar bör ske i datumföljd oavsett vilken yrkeskategori som journalför. Detta underlättar vid epikrisskrivning, dokumentordning och arkivering och underlättar även vid återsökningar av journalhandlingar vid patienters återbesök.

Det medicinska ledningsansvaret och möjligheten till delegering av ansvar till andra yrkesgrupper bör utvidgas till att gälla även läkarsekreterare som i sitt arbete handhar journalen från upprättandet till arkivering. Man diskuterar nya tekniker. PAS-system, skyldighet att anteckna i journalen vid

utlåning, skyldighet att skicka patientstatistik till socialstyrelsens databaser och andra register. Även journalföring på andra medier än papper berörs. Utredningen nämner dock inte vem som skall ansvara för dessa arbetsuppgifter, vilka i dag utförs helt självständigt av läkarsekreterare. I LSF:s svar till Ds S 1982:5 betonades vikten av att ansvar för arbetet med arkivering, gallring och sovring av journalen skulle delegeras till personal med utbildning i vårdokumentation, dvs. läkarsekreteraren. Samma uppfattning råder även vad beträffar utförandet av journalskrivning, ansvar för databearbetning av journaluppgifter och ansvar för de lokala medicinska register som kan bli aktuella i och med nya teknikers införande. Att utredningen ansett signering av journalanteckningar i öppen vård omöjligt att genomföra ger i ännu högre grad anledning att i lagen skriva in ansvarsområde även för personal med utbildning i olika ivåer inom ämnet vårdokumentation.

Landsingsförbundet anför: Huvudprincipen i utredningens förslag är att befattningshavare som vunnit legitimation skall personligen åläggas att föra journal. Dessutom skall tre ytterligare grupper omfattas av journalföringsplikt. Förbundsstyrelsen tillstyrker förslaget, vilket överensstämmer med nuvarande praxis. Styrelsen vill i detta sammanhang understryka att all vårdpersonal har ett ansvar för att viktiga uppgifter om patientens behov och hälsotillstånd dokumenteras.

Örebro läns landsting anser att det ur ansvarssynpunkt är motiverat, att skyldigheten att föra journal utvidgas. Lagtexten bör dock förtydligas med avseende på skyldigheten att föra journal för personal som utövar sjukvård under delegeringsansvar, exempelvis hörselvårdsassistenter och dietister.

Malmöhus läns landsting instämmer i huvuddelen av utredningens förslag. Detta gäller särskilt utökningen av dokumentationskravet för angivna grupper. Ytterligare utökning, t.ex. till dietister, kan diskuteras, men för närvarande bör man stanna vid de grupper som föreslagits.

Göteborgs och Bohus läns landsting anser att i stort för de grupper som anges i lagen journal redan idag. Man bör däremot vara restriktiv och inte lägga denna skyldighet på nya grupper eftersom det innebär ett merarbete som leder till ökade kostnader. Av de i journalutredningen nämnda yrkeskategorierna är redan i dag de flesta skyldiga att föra journal med stöd av olika lagar och författningar. Alla utom tandhygienist och profylaxtand-sköterska omfattas av den nya ramlagen. För att vara konsekvent anser förvaltningsutskottet att även dessa yrkeskategorier bör omfattas av journallagen.

På sid 105 i utredningen står att "ett mindre antal tandsköterskor" efter särskild utbildning arbetar som profylaxtandsköterskor. Idag har ett stort antal tandsköterskor erhållit denna utbildning och utför således viss klinisk vårdverksamhet.

Västerbottens läns landsting anför följande: Journalutredningen föreslår att befattningshavare, som vunnit legitimation, åläggs att föra journal. Dessutom föreslås även arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker att

föra journal. En genomgång av yrkesgrupp för yrkesgrupp synes visa att förslaget egentligen endast ansluter till gällande praxis, då dessa yrkesgrupper redan för journal. Förvaltningsutskottet vill därför ställa sig kritisk till en lagreglering, vilket rimmar illa med de strävanden man från statsmakternas sida har att minska den statliga detaljregleringen av kommunal och landstingskommunal verksamhet.

Västmanlands läns landsting anför: I den föreslagna regleringen av plikten för vissa personalkategorier att föra journalanteckningar ser landstinget snarast ett bekräftande av praxis. Ett problem som utredningen med fördel hade kunnat utveckla ytterligare är nödvändigheten av att hålla informationsmassan samlad: gemensamma överväganden från t.ex. sjukgymnast, kurator, läkare och patient bör i större utsträckning än nu få resultera i gemensamma planer, inte i många spridda anteckningar. Landstinget finner vidare att den utvidgade och formaliserade journalföring som den föreslagna lagstiftningen innebär kan medföra ökade kostnader. Denna fråga måste ytterligare övervägas och klarläggas.

Ett krav på att journalföraren skall kontrollera och signera gjord journalutskrift skulle leda till kostnadsökningar. Landstinget finner dock att det borde vara en naturlig åtgärd att så sker i all den utsträckning som är rimlig.

Västernorrlands läns landsting stöder utredningens förslag men vill i anslutning här till göra vissa påpekanden. I fråga om sjuksköterskorna anför utredningen att deras ansvar motiverar en generell skyldighet att föra journal men att en rättslig reglering trots allt inte skulle innebära någon avgörande förändring. Enligt utskottets uppfattning är det en brist i utredningen att man inte klargör sjuksköterskornas ställning. I frågor som rör såväl läkemedels-hantering som telefonrådgivning uppkommer ständigt frågeställningar som vore möjliga att lösa om det finnes en god dokumentation. Beträffande telefonrådgivningen anför utredningen att man är "teknikneutral" och därför godtar t.ex. telefonböcker eller bandinspelningar. Förvaltningsutskottets bedömning är att utredningen härvidlag bortser från behovet av en samlad dokumentation av patientens kontakter med t.ex. vårdcentralen. Av hänsyn till bl.a. kravet på en god och säker vård borde sjuksköterskorna vara skyldiga att i sammanfattad form införa väsentliga uppgifter i patientjournalen.

HCK framhåller att utredningens förslag om journalföring inte innefattar *ortopedingenjörerna*.

Detta vänder sig *HCK* emot. För de stora grupper vi representerar är ortopedingenjören ofta en mycket viktig person i vårdkedjan. Det framförs ofta vid sammankomster med handikappade uttalat missnöje med hur utprovning av hjälpmedel går till. Man påtalar också hur svårt det är att komma till rätta med vad man upplever som missförhållanden inom denna del av vården. Det är därför, enligt vår uppfattning, angeläget att även ansvarig personal inom hjälpmedelsverksamheten åläggs att föra journal.

Allt för att man skall kunna få en vårdkedja där varje moment går att följa upp.

Synskadades riksförbund anser att även personal som arbetar med rehabilitering av synskadade skall vara skyldiga att föra journal.

DHR menar att alla befattningshavare som utför och ansvarar för någon form av insatser bör vara skyldiga att göra anteckningar om detta i patientjournalen. Det är således viktigt att även t.ex. ordination och utprovning av hjälpmedel dokumenteras i journalen. Likaså behandlingsinsatser som utföres av arbetsterapeuter m.fl. Således bör skyldigheten att föra journal inte enbart omfatta legitimerade befattningshavare. Om en föreskriven behandling inte utföres bör detta också noteras i journalen med en förklaring av orsaken till att en behandling inte kunnat genomföras.

Sveriges psykologförbund framhåller följande: I betänkandet anges att den föreslagna lagen även avser omfatta psykologer verksamma med hälso- och sjukvårdande uppgifter utanför den allmänna hälso- och sjukvården. Sådan journalföringsskyldighet gäller idag för dessa grupper enligt SOSFS (M) 1982:78. Dock nämns inte uttryckligen i betänkandet (sid 11, 44) att journalföringsskyldighet också i framtiden ska gälla för de psykologer (totalt ca 2000 befattningshavare) som inom skolans elevvård, omsorgs verksamheten och AMI helt eller delvis bedriver hälso- och sjukvård.

Förbundet hemställer att, för tydlighetens skull, journalföringsskyldigheten för dessa grupper särskilt omnämns i propositionen.

Utbildning i journalföring m.m.

UHÄ anför följande: Utredningen har föreslagit att UHÄ och berörda linjenämnder ser till att det i grundutbildningen för alla de yrkesgrupper som i sitt arbete blir skyldiga att föra journal förmedlas de grundläggande kunskaper som behövs. Behovet av utbildning i journalfrågor i legitimeringsgrundande utbildning har också betonat i flera av universitetens yttranden liksom också behovet av vidareutbildning för de redan yrkesverksamma.

Karolinska Institutet framhåller t.ex. att undervisning i journalskrivning sker under de medicine studerandes tidigaste kontakt med klinisk verksamhet. Karolinska Institutet vill understryka betydelsen av att denna undervisning anpassas till den nya synen på journalen vad gäller utformning, patientens integritet samt sekretessfrågor. Kraven på denna undervisning kan bli allt större om ADB får en ökad användning i journalsammanhang.

Linköpings universitet framhåller att utredningen delvis har glömt de befattningshavare som nu för första gången får denna skyldighet och som redan är utbildade. Här finns ett uppenbart utbildningsbehov som det åligger huvudmannen att snarast planera för så att dessa grupper får denna utbildning när lagförslaget tagits av riksdagen.

Samhällsvetenskapliga fakulteten vid Lunds universitet anser att utredningens formulering att UHÅ och berörda linjenämnder bör "tillse" att det i grundutbildningen för alla yrkesgrupper som åläggs journalföringsskyldighet får grundläggande utbildning borde formuleras med större skärpa. En konkret mall för den utbildning som skall utgöra ett minimum inom samtliga de utbildningar som är legitimationsgrundande borde utformas och föreskrivas obligatoriskt ingå i dessa utbildningar.

Spri finner det angeläget att bestämmelserna i sekretesslagen och den kommande journallagen får en bred tillämpning inom sjukvården. Utbildningen av personalen är en nödvändig förutsättning för att uppnå detta mål. Särskilt beträffande de nya grupper som föreslås bli journalföringsskyldiga. Tyvärr saknas delvis utbildningsmaterial på nationell nivå, främst beträffande sjukhusvård. Däremot finns ett sådant för primärvården, "Praktisk juridik i primärvården", som *Spri* utarbetat på socialdepartementets uppdrag och som bör kunna användas efter viss omarbeting även efter det att den föreslagna journallagen trätt i kraft. *Spri* anser att ett motsvarande utbildningsmaterial bör utarbetas för sjukhusvården.

Enligt *TCO:s* uppfattning bör den fylliga beskrivning som utredningen ger av vad som ska avses med patientens integritet vara vägledande i undervisningen för hälso- och sjukvårdspersonalen såväl i grundutbildningen som vad i övrigt gäller information till personalen i hälso- och sjukvårdssarbete.

SACO/SR framhåller att utredningen konstaterar att de nya reglerna för journalföring kommer att kräva särskild utbildning av personalen inom hälso- och sjukvården. *SACO/SR* vill kraftigt understryka detta. Sådan utbildning bör ges både inom grundutbildningen och som fortbildning för redan yrkesverksamma. I det senare fallet ligger ansvaret hos sjukvårdshuvudmännen. *SACO/SR* vill särskilt poängtera att utbildningen måste avse såväl traditionell som datorbaserad journalföring.

HCK anser att man bör se över utbildningen på detta område och se till att den anpassas till dagens krav på språk, lättförståelighet, patientens integritet och rätt till information. Detta bör lämpligen kunna ske i olika grundutbildningar men skall även fortlöpande följas upp i landstingens regi vid olika typer av fortbildning. Vi lever i ett föränderligt samhälle och det är därför viktigt att man i fortbildningssammanhang även tar upp attityd- och värderingsfrågor då dessa betyder oerhört mycket för samspelet mellan personal och patienter inom hälso- och sjukvården.

Verdandi finner det positivt med en ökad utbildning av personal så att de bättre kan informera den enskilde om varför registrering och informationsutbyte kan behöva ske. Detta ökar möjligheterna till att få den enskildes samtycke.

IV Patientjournalens utformning, innehåll och hantering

God och säker vård

JK anser att första meningen i 2 § första stycket i den föreslagna lagen om patientjournaler bör ges en annan formulering. En journalhandling torde inte i sig själv kunna tillgodose ett behov av god och säker vård. Förslagsvis kan meningen omformuleras på följande vis. "Varje journalhandling skall utformas så att den ger underlag för en god och säker vård av patienten".

Motsvarande synpunkter framförs av bl.a. *Socialstyrelsen*, *TCO* och *SHSTF*. *Spri* föreslår att i bestämmelsen även nämns att patientjournalen skall utformas så att den tillgodoser rättssäkerheten för patienten.

Integritet

Kammarrätten i Stockholm anför följande: I 2 § första stycket anges att en journalhandling skall bygga på respekt för *patientens integritet*. Motsvarande följer redan av 3 § andra stycket 3 hälso- och sjukvårdslagen, jfr. även 5 § första stycket TL. Det synes därför tveksamt om bestämmelsen fyller tillräcklig funktion. I allt fall borde en hänvisning till nämnda lagrum i hälso- och sjukvårdslagen vara tillräcklig. Om en särskild föreskrift anses erforderlig bör den, med hänsyn till att journalföraren inte råder över inkommande handlingar samt med beaktande av att handling även inbegriper röntgenbilder och EKG-kurvor omformuleras t.ex. enligt följande: När journalhandling upprättas, skall patientens berättigade krav på integritetsskydd beaktas.

Kammarrätten sätter i fråga om inte föreskrifterna i 2 § andra stycket lämpligast bör meddelas i form av allmänna råd från socialstyrelsen. Med hänsyn till att sakfrågorna synes vara omdiskuterade när det gäller patientjournalerna vill domstolen emellertid inte motsätta sig att en bestämmelse tas in i lagen.

Patientjournal upprättas för varje patient

Kammarrätten i Stockholm framhåller: I 3 § första stycket anges att en patientjournal skall upprättas för varje patient. Under lagstiftningsärendets fortsatta gång bör klargöras huruvida anteckningarna från alla personalkategorier beträffande en patient skall sammanföras i en journal eller om skilda journaler kan få förekomma.

Spri framhåller att "En patientjournal" i 3 § kan missuppfattas att betyda att en patient endast har *en* journal oavsett var patienten vårdas. Även *HSAN* anser att bestämmelsen är oklar. Avses därmed att endast *en* patientjournal skall upprättas för vare patient eller att journal skall upprättas för *varje* patient?

Patientens identitet skall anges

Kammarrätten i Stockholm framhåller att säkerheten kräver att patienternas *identitet* fastslås i journalen liksom vem som har gjort anteckningen i denna och när den har gjorts. Uttryckliga föreskrifter härom bör intas i lagen. Där bör också anges att ställd diagnos eller anledning till företagen åtgärd skall antecknas.

Malmö kommun anser det vara av vikt konstatera att utredningen lämnar förslag som innebär att skyldighet att föra journal är absolut. Eventuella önskemål från patienter att journal ej skall upprättas kan således ej respekteras. Ej heller kan patienten kräva att vissa specificerade uppgifter av medicinsk betydelse utelämnas från journalen. Förslaget är på denna punkt entydigt och kompromisslöst, vilket sjukvårdsstyrelsen tillstyrker. Samtidigt noterar sjukvårdsstyrelsen med tillfredsställelse att utredningen uttalar sig kritiskt om slentriannässigt införande av uppgifter, som ej är väsentliga ur medicinsk synpunkt. Utredningen exemplifierar detta med det meningslösa användandet av ett stort antal sökord enligt Spri:s modell. Utredningen uppehåller sig emellertid också mycket kring språkfrågor och patientens möjligheter att förstå vad som står i journalen. I sammanhanget bör understrykas att journalen i första hand utgör ett arbetsinstrument för sjukvården och ej är avsedd att fungera som information till patienten. Normalt bör information till patienten lämnas på annat sätt och ambitionsnivån att undvika facktermer i journalen bör ej drivas så långt att detta går ut över journalens användbarhet som medicinskt arbetsinstrument.

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) anför följande: Utredningen anför att önskemål om att *identiteten* skall hållas fullständigt hemlig är mycket ovanliga (sid 117). Man avvisar också möjligheterna till undantag från journalföringskravet även i de fall som hittills förekommit. Förbundet kan inte dela utredningens bedömningar i detta avseende.

Många homosexuella upplever i dag ett misstroende gentemot samhällets hälso- och sjukvård. Det kan här räcka med att hänvisa till ett uttalande av Utredningen och homosexuellas situation i samhället. I sitt betänkande (SOU 1984:63) Homosexuella och samhället säger man nämligen (sid 231) följande:

”Vi vet dock att många homosexuella har ett misstroende mot sjukvården. Detta misstroende är ibland grundat på faktiska omständigheter. Förhållandet medför att många homosexuella inte nämnder sin sexuella läggning för hälso- och sjukvårdspersonalen eller avstår från att söka vård, vilket i sin tur kan leda till att behandlingen inte blir väl avpassad.”

För att komma till rätta med dessa problem och skapa ett förtroendefullt samarbete har några sjukvårdshuvudmän startat särskilda *hälsomottagningar* för homosexuella män. Utöver personalstrukturer vid dessa mottagningar och andra liknande kännetecken finns också möjligheten att vara anonym vid besöket (vid mottagningar sker dock inte någon behandling utan endas viss

provtagning och rådgivning). Denna möjlighet till anonymitet har varit en förutsättning för att man skall kunna nå sådana grupper som man normalt inte kommer i kontakt med. Skulle kraven på journalföring skärpas i enlighet med vad som föreslås av utredningen skulle detta få mycket olyckliga konsekvenser för den verksamhet som bedrivs av sjukvårdshuvudmännen. Många homosexuella män skulle då inte längre besöka hälsokontrollerna och man skulle få stora problem med att kunna hindra vidare smittspridning av t.ex. sexuellt överförbara sjukdomar.

Många homo- eller bisexuella svårigheter upplever stora svårigheter av personlig art att för någon utomstående berätta om sin homosexualitet. Dessa svårigheter finns också gentemot sjukvårdspersonalen. Till detta kommer att många är rädda för att uppgifter om homosexualitet skall införas i olika register som sedan kan användas för andra ändamål. Den historiska utvecklingen har också visat att sådana tankar inte är obefogade.

RFSL förordar därför att möjligheterna att i kontakten med sjukvården kunna vara *anonym* bibehålls. I annat fall kommer mycket av det arbete som hittills bedrivits för att förbättra homosexuellas situation att vara förgäves.

DHR har i remissyttrande över betänkandet "Förtroendenämnder inom Hälso- och sjukvården Ds 1984:16", pekat på vikten av att det inte förs anteckningar eller på annat sätt röjs om en patient kontaktat förtroende- eller ansvarsnämnd i avsikt att få rättelse i någon fråga.

Svenska läkaresällskapet anser att journalrättsliga principer diskuteras allt för litet beträffande journaler förda på grundval av uppgifter från andra än patienten själv, såsom föräldrar och andra vårdnadshavare. Utredningen föreslår att känsliga uppgifter rörande tredje man ej skall få införas i journalen och att uppgifter beträffande tredje man ej kan lämnas ut med patientens samtycke. Speciellt beträffande barn har den nära omgivningens synpunkter och förhållanden stor inverkan vid den medicinska bedömningen. En journal kring ett barn innehåller ju ofta en kombination av uppgifter från patienten och vårdnadshavarna. Hur förhåller sig här begreppet tredje man? Ett klarläggande vore önskvärt.

Socialstyrelsen framhåller att det då och då förekommer att någon, t.ex. en förmyndare eller en anhörig, söker upp ett sjukhus med önskemål om att en viss person skall erhålla behandling, företrädesvis psykiatrisk vård, eller att en arbetsgivare ringer för att ge en läkare upplysningar om en tidigare patient. Det hade varit önskvärt att utredningen också berört frågan, när en journal skall läggas upp och under vilka förutsättningar sådana uppgifter skall dokumenteras i en tidigare journal.

MFR anser att det är svårt att förstå journalutredningens tvekan inför att generellt föreslå det 10-siffriga personnummret som identifikationsuppgift kompletterad med namnet. I utredningen redovisas ej några egentliga skäl mot ett sådant förfaringsätt. Ur forskningssynpunkt finns starka skäl att använda det 10-siffriga personnummret kompletterat med namnet. Detta är i

dag helt inarbetet i hälso- och sjukvården.

Datainspektionen framhåller följande: I vilken utsträckning uppgift om personnummer skall användas vid registrering i medicinska personregister är svårt att ha någon entydig uppfattning om. I allmänhet förhåller det sig så att personnumret regelmässigt används i landstingens patientadministrativa system; så är också fallet med de nu planerade landstingens patientdatabaser.

Huruvida personnumret är nödvändigt för att bereda patienten vård är svårt att uttala sig om från datainspektionens sida. Frågan om användningen av personnummer skall utredas av DOK. Inspektionen vill därför inte föregripa utredningen genom att nu uttrycka någon helt bestämd uppfattning. Kommitténs utredning bör avvaktas.

Utredningens förslag till bestämmelse i § 3 om att anteckning i en journalhandling skall föras med uppgift när den gjorts och vilken befattningshavare som gjort den synes inte medföra några särskilda problem när det gäller journaler som förs med ADB. Tekniken kan emellertid som utredningen påpekat medföra andra problem som måste få sin lösning. Olika funktioner respektive behörigheter för dessa måste finnas i ett ADB-system för undvikande av risken för obehöriga ändringar av de lagrade uppgifterna eller den lagrade texten. För ADB-systemet måste finnas regler som klart anger när journalen skall anses färdigställd och vem som vid vilken tidpunkt ansvarar för journalens innehåll. *Datainspektionen* vill således understryka vad utredningen anfört beträffande behovet av att datajournaler föras med funktioner som innebär att den journaltext som skrivits "läses" på så sätt att obehöriga ändringar inte kan göras i efterhand. *Datainspektionen* anser inte att man av kostnadsskäl skall underlåta att pröva om det inte nödvändigt att vid ADB-journal kräva kontrollläsning och signering av journalförfaren.

Hur omfattande bör lagregleringen av journalens utformning, innehåll och hantering vara?

HSAN vill framhålla de fördelar som en enhetlig journaltyp har för läsbarheten och för utnyttjandet i övrigt av journalhandlingar. Enligt nämndens mening bör man därför på sikt eftersträva enhetliga och bättre strukturerade journaler.

Beträffande utformning av journaler säger sig utredningen ej kunna utfärda regler för enhetliga journaler i hela Sverige. LSF har väntat många år på sådana regler och även tillskrivit både Socialstyrelsen och Landstingsförbundet med önskemål om sådana. LSF är därför besviken över utredningens synpunkter då det även fortsättningsvis kan bli så att journalerna på en klinik ändrar utseende vid byte av klinikchef. Hos många sjukvårdshuvudmän finns ett stort ointresse för journal- och arkivhanteringen, vilket försvårar arbetet med införande av enhetliga regler även inom små sjukvårdsenheter. LSF påpekar därför att det är av yttersta vikt att man får generella regler för skriv- och arkivfunktionen i ett landstings- eller sjukvårdsområde.

Vad gäller utformningen av journalen konstaterar *Västerbottens läns landsting* att journalutredningen förordar att det bör finnas en stor frihet att välja metod för journalföring och journaltyp samt att utforma blanketter. Detta får dock inte leda till alltför stora olikheter, då en enhetlig journalutformning och blankettutformning har stora fördelar. En i detalj likformig journal är dock olycklig att påtvinga olika specialiteter, men det skall finnas ett bassystem för journalens allmänna organisation beträffande journalutformning och skrivrutiner. Detta torde också underlätta den utbildning/information om lagens innehåll, som bör ges all personal som omfattas av journalplikt samt i övrigt handlägger journaler.

JO betonar att från bl.a. rättssäkerhetssynpunkt måste särskilda krav ställas på journalföringen inom tvångsvården. Det bör enligt min mening införas krav på att beslut rörande tvångsåtgärd omedelbart skall dokumenteras i journalen. Vidare bör de omständigheter som läggs till grund för tvångsåtgärden utförligt dokumenteras. Det gäller både beslut av mer formell natur som en återintagning från försöksutskrivning som beslut av löpande karaktär under pågående vård som bältesläggning eller tvångsinjicering. Slutligen bör det för tvångsvårdens del krävas att relevanta uppgifter förs in i journalen med snävre tidsfrister än vad som kan vara erfoderligt och praktiskt möjligt för sjukvården i stort. Det bör också krävas att anteckningar här görs med korta mellanrum även om det inte inträffat något speciellt. Samtliga krav har mycket stor betydelse för en god insyn i den vård som av olika skäl måste bedrivas under tvång.

Juridiska fakulteten vid *Lunds universitet* har uppmärksammat

- att det är förvaltningsmyndigheter som skall svara för den närmare konkretiseringen av lagen och att denna konkretisering som huvudregel skall ges formen av allmänna råd. Enligt fakulteten skulle vissa grundläggande föreskrifter om journalutformningen som klart motiveras av hänsyn till patientsäkerheten (exv. markering i journal om intolerans och allvarlig överkänslighet mot läkemedel) finnas med i lagen för att därigenom motverka ojämnheter och oklarhet i tillämpningen eller rättssäkerhet på grund av bristande författningsreglering;
- att när nu socialstyrelsens bestämmelser (MF 1973:90) om utformningen av intyg i journaler m.m. flyttas över till journallagen, dessa bantas ner till oigenkännlighet (utan att ha erhållit substans och mening). Under dylika omständigheter är det enligt fakultetens mening att föredra att någon överflyttning ej sker, eftersom utredningens torftiga skrivning i denna fråga på sikt kan leda till negativa rättssäkerhetskonsekvenser för patienterna;
- att utredningen stannat vid att endast lagreglera kravet på att journalhandlingen skall vara läsbar och fördd företrädesvis på svenska språket i stället för att uppställa konkreta krav på dess utformning med patientens säkerhetsintresse som utgångspunkt. Ett exempel på ett område som ej närmare berörs av utredningen är journalföringen vid psykiatrisk tvångsvård.

Kammarrätten i Stockholm är positiv till förslaget att de viktigaste bestämmelserna om journalföringen samlas i en särskild lag, medan de regler som behövs i övrigt meddelas i form av föreskrifter eller allmänna råd av socialstyrelsen.

I 4 § andra stycket bemyndigas regeringen att delegera rätten att utfärda föreskrifter "som behövs till skydd för enskilda". I motiven används i stället uttrycket "när säkerheten i vården så kräver". Kammarrätten föredrar den senare formuleringen, eftersom den bl.a. täcker rättssäkerhetsintressen vid tvångsvård och allmänhetens skyddsintresse vid smittskyddsvård.

Från saklig synpunkt synes 4 § bör placeras sist i lagen, eftersom delegationsrätten avser lagen i dess helhet. Bestämmelserna i 9 och 10 §§ gäller journalhantering och bör därför placeras närmast efter 3 §. Motsvarande gäller om 8 §.

Kammarrätten har till sitt yttrande fogat en skiss till journallag.

Spri framhåller att bemyndigandet även bör omfatta *hantering* av journaler.

Försvarets sjukvårdsstyrelse framhåller följande: Enligt § 4 i förslaget till journallag får regeringen överlåta åt myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om journalhandlings innehåll och form. Enligt specialmotivering till § 4 (sid 230) anges att socialstyrelsen och skolöverstyrelsen i första hand är berörda myndigheter.

Genom förordningen (1983:276) om verksamheten inom försvarsmakten har försvarets sjukvårdsstyrelse tillsyn över hälso- och sjukvård m.m. inom försvarsmakten, detta innebär att socialstyrelsen enligt förordningen (1981:683) med instruktion för socialstyrelsen § 2 och § 3 inte är central förvaltnings- och tillsynsmyndighet för försvarsmaktens hälso- och sjukvård.

Försvarets sjukvårdsstyrelse föreslår därför att i specialmotiveringen till § 4 i förslag till journallag förutom socialstyrelsen och skolöverstyrelsen även foga försvarets sjukvårdsstyrelse.

Värnpliktsverket anför följande: Försvarets sjukvårdsstyrelse har i sitt remissyttrande tagit upp försvarsmaktens speciella förhållanden vid journalhantering och det krav som där finns på lättillgänglighet av uppgifter mellan olika förband och militära myndigheter. Värnpliktsverket ansluter sig till framförda synpunkter i detta avseende och vill i likhet med sjukvårdsstyrelsen föreslå att densamma får ett särskilt bemyndigande att utfärda tillämpningsföreskrifter för journalhantering under krig och krigsliknande förhållanden.

Göteborgs universitet anser att det i tillämpningsföreskrifter bör anges att en journalföring bör dokumenteras senast viss dag efter det patienten haft kontakt med befattningshavare som är skyldig att föra journal. Önskvärt är även att journalanteckningen kontrollsigneras av den journalansvarige inom viss tid. Detta skulle undanröja vissa svårigheter i ansvars- och skadestånds- ärenden samt förhindra risken för förväxling i journalen. I framtiden då

journalen förs över till ADB är det nödvändigt att den journalansvarige kontrolläser och därefter läser texten.

Västernorrlands läns landsting delar utredningens uppfattning att uppgifterna i journalen bör begränsas till nödvändiga uppgifter.

Journalens utformning kan som utredningen konstaterar komma att förändras radikalt i och med införandet av datorstödda rutiner. Stora rationaliseringar av den vårdande verksamheten är av dessa skäl tänkbar. Utredningen föreslår ingen rättslig reglering av journalens utformning utan förespråkar allmänna råd.

En synpunkt som utskottet anser bör uppmärksammas är behovet av att integrera olika yrkesgruppers journalanteckningar. Frågan berörs visserligen av utredningen men man tar inte ställning i frågan. Enligt utskottets mening torde helhetssyn och vårdlagsarbete vara omöjligt utan en samordning av patientjournalen i primärvården.

Beträffande journalföringen föreslår utredningen att nuvarande bestämmelser om ordval och värdeomdömen överförs till lagen om patientjournaler. Även den språkliga utformningen som tidigare behandlats i föreskrifter från Socialstyrelsen föreslås infogas i den nya lagen. Förvaltningsutskottet har inget att invända mot denna förenkling men frågar sig ändå om inte förslaget till lag i fråga om ordval och värdeomdömen nu är alltför knapphändig. Den beskrivning som för närvarande finns i SOSFS (M) 1981:25 borde tydligare framgå i lagen om patientjournaler.

Avslutningsvis behandlar utredningen andra delar av journalföringen som t.ex. identifikationsuppgifter, tydlighet, signering, ändringar och rättelser. De förslag som lämnas utgör enligt utskottets bedömning ett nödvändigt klagörande av kraven på journalföringen. En synpunkt avseende kontrolläsning är att sådan bör ske kanske främst vid epikrisskrivning eftersom detta dokument ofta för betydelse för såväl den fortsatta vården som statistikföringen. Enligt vad utskottet erfar är det inte ovanligt att kontrolläsning innebär en kvalitetshöjning av betydande mått.

SACO/SR anför följande: Utredningen fastslår vissa generella principer för journalföringen, men har ej detaljreglerat. *SACO/SR* finner detta rimligt utifrån de olika verksamhetsområden som finns inom sjukvården och behoven av anpassning till varje specialitet. Det är ändamålsenligt att tillsynsmyndigheter och huvudmän själva ger anvisningar om journalhandlings innehåll och utformning.

HCK framhåller följande: Utredningen påtalar att risken för att övergripande hälsopolitiska ambitioner kan leda till en alltmer påträngande anamnesupptagning. Utredningen fastslår att utgångspunkten för journalföringen bör vara att journalen skall tjäna patientens intresse av en god och säker vård.

Av olika orsaker avstår utredningen från att detaljreglera hur journalföring skall gå till och menar att journallagen endast skall ange målet för journalföringen, nämligen en god och säker vård. Konkretiseringen av lagen

bör ske genom att förvaltningsmyndigheterna utfärdar "allmänna råd" och "föreskrifter". Enligt utredningen bör reglerna i första hand ges formen av "allmänna råd" och i andra hand "föreskrifter".

HCK har förståelse för de skäl som anförts mot en alltför detaljreglerad lag. Med tanke på den betydelse en patientjournal har och den mångfald människor som är inblandade i utformandet av densamma anser HCK dock att en något hårdare reglering än den utredningen föreslår vore önskvärd. Vi vill därför föreslå att förvaltningsmyndigheterna i första hand använder sig av "föreskrifter" och i andra hand av "allmänna råd".

HCK anför vidare: Utredningen konstaterar att det tidigare förekom att läkare skrev vårdslösa omdömen om patienter men att det skett en märkbar förbättring under senare år. Enligt HCK:s uppfattning måste man dock ha detta under ständig observation och journalföringsskyldig personal måste få en ordentlig utbildning i hur lätt det är att ens egna värdering kommer fram i sådana här sammanhang. Det är inte endast fråga om direkt nedsättande omdömen utan även utformningen av språket, t.ex. att påpeka en persons härkomst i ett icke relevant sammanhang, kan av den enskilde upplevas som kränkande.

Den bästa lösningen vore naturligtvis att journalen utformades i samråd med patienten åtminstone vad det gäller den icke rent medicinska biten. Så skulle t.ex. läkaren, när journalskrivningen sker via diktafon, kunna diktera innehållet i närvaro av patienten och när journalen skrivs direkt, låta patienten läsa igenom vad som skrivits. Detta skulle, enligt HCK:s uppfattning, vara ett sätt att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagens intentioner om inflytande och information.

Att språket i en journal skall vara enkelt och att man i största möjliga utsträckning skall använda sig av svenska ord borde egentligen vara en självklarhet. Verkligheten visar emellertid att så är inte fallet. HCK instämmer därför i att man bör slå fast detta i lagen men anser också att problemet måste uppmärksammas på ett helt annat sätt i utbildningen inom hälso- och sjukvården än vad som sker i dag.

När det gäller möjligheten att få införa ändringar i journalen bör det göras en tydligare markering att denna rätt även finns för patienten. Likaså bör patienten få rätt att i sin journal få införden kortare kommentar till något som tidigare har skrivits och som han upplever som felaktigt/ofullständigt eller liknande.

Verdandi framhåller att det naturligtvis är viktigt att poängtera att journalerna inte får föras på sådant sätt att nedsättande eller kränkande värdeomdömen om patienten eller hans anhöriga förekommer samt att de skall skrivas på sådant sätt att den enskilde så långt möjligt ska kunna ta del av och förstå journalen. Patienten skall ges rätt att läsa journalen, om detta inte uppenbart kan försvåra en adekvat vård. Det ska dessutom finnas en skyldighet för den som ger vården att upplysa patienten om denna rättighet. Genom ett sådant förfaringssätt förstärks förtroendet för journalerna och

man undviker lättare att felaktigheter skrivs in i journalerna och uttryck används som kan uppfattas som kränkande.

Språket i journalen

HSAN anför: Den i 2 § upptagna bestämmelsen att journal skall föras på svenska språket innebär enligt specialmotiveringen *dels* att helt främmande språk inte kan godtas i svenska journaler, *dels* att journaler rent allmänt skall skrivas på ett sätt som enskilda förstår. Att journaler skall föras på svenska och inte på ett främmande språk framstår som självklart. En bestämmelse härom bör ej ges i form av lag. Frågan om på vilket språk utländska läkare, som tillfälligt tjänstgör i riket, skall föra sina journaler bör kunna regleras i samband med att förordnande meddelas för tjänstgöringen. – Lagtextens uttryck att svenska språket skall användas när inte särskilda omständigheter talar däremot torde innebära att latinska uttryck och facktermer endast får användas i rena undantagsfall. Lagtexten är således betydligt strängare än den mening, som utredningen givit uttryck åt i betänkandet. Enär innebörden av förslaget, enligt vad utredningen uttalat, endast är att socialstyrelsens föreskrifter i SOSFS (M) 1982:2 ges i lagform, föreslår nämnden att paragrafen omformuleras med dessa föreskrifter som förebild.

MFR anför: Journalutredningen framhåller att en försvenskning av fackspråket i journalerna ej får bli ett självändamål och ger en nyanserad och balanserad redovisning av det berättigade i att behålla fackuttrycken. Särskilt ur forskningssynpunkt är det väsentligt att redovisningen av symptom och sjukdomar i journalerna sker med distinkt begreppsinnehåll. Vid försvenskningen av den medicinska terminologin riskerar precision och klarhet i fackuttrycken gå förlorad. Detta kan innebära att möjligheterna för vetenskaplig bearbetning av journalen försämrats. Utredningens förslag till lagtext i detta avseende synes *MFR* alltför styrande i riktning att försvenska de medicinska fackuttrycken i journalerna (2 paragrafen moment 2).

Svenska läkaresällskapet anför: Utredningen framhåller det väsentliga i en tydlig och läsbar journal och framhåller önskvärdheten av att journalen förs på det svenska språket. Sällskapet menar att journalen många gånger skulle förlora sin klarhet om man överbetonar försvenskningen. Många medicinska termer och begrepp är entydiga och väl definierade och informationsvärdet skulle reduceras vid en långtgående försvenskning. Man måste i detta sammanhang erinra om att journalen är ett väsentligt arbetsinstrument för vården och inte ett dokument primärt producerat för lekmannen.

Läkarsekreterarnas förbund anser det vara självklart att journalen skall vara tydlig och läsbar och skriven på svenska språket och kan därför inte stödja utredningen i att undantag skall göras för de norska och danska språken på grund av den fria nordiska arbetsmarknaden. Läkarsekreterare ägnar mycken tid till att försvenska de journaler som dikteras av såväl danska

som övriga läkare av främmande nationalitet. Journalerna skulle annars vara helt obegripliga för både patienter och andra personalgrupper.

Återgång till handskrivna journaler är enligt L.SF:s bedömning ej möjligt att genomföra. Detta antyds i utredningen som säger att handstilen måste vara läslig. Kravet måste vara maskinskrivna journaler på svenska språket med förkortningar som är allmänt vedertagna och med förtydligande av förkortningar som används för beteckningar på olika undersökningar och vissa laboratorieprover.

SACO/SR instämmer i att det är nödvändigt att betona vikten av ett enkelt, klart språk. Det är en förutsättning för att patienten skall kunna läsa sin journal och förstå den.

SACO/SR skulle dock vilja att anvisningarna nyanserades. Vi föreslår följande formulering: journal skall – där så är möjligt utan stark olägenhet – föras på begriplig svenska. Det är nämligen tveksamt om viss medicinsk terminologi kan försvenskas. En gemensam medicinsk terminologi underlättar det professionella samarbetet i vården och ökar exaktheten i t.ex. diagnostiken, som är en förutsättning för ett lyckat behandlingsresultat.

Mot utredningens förslag att svenska språket bör användas i möjligaste mån har *Sveriges läkarförbund* intet att invända då detta helt naturligt har betydelse i strävan efter en god och säker sjukvård. Försvenskningen får dock ej gå ut över exaktheten, vilket också understrykes i förarbetena till lagen.

Malmöhus läns landsting anser att de allmänna kraven på journalens innehåll är riktigt avvägda. Detta gäller också kravet på att journaler skall föras på svenska språket. Bakom detta krav ligger en strävan att göra journalen förståelig även för lekmän. Som utredningen riktigt framhållit får denna strävan inte drivas så långt att journalens medicinska information blir otydlig.

Kalmar läns landsting anser det värdefullt att den föreslagna lagen om patientjournaler även omfattar krav på att journalhandlingar i så stor utsträckning som möjligt skall skrivas på begriplig svenska och att journalhandlingar skall förvaras på betryggande sätt.

Örebro läns landsting anför: Enligt utredningen bör huvudprincipen vara att journalspråket alltid skall vara svenska uttryck som är synonyma och entydiga saknas. Sistnämnda ståndpunkt bör framhållas för att dämpa den oro för kvalitetsförsämring av journalinnehållet som kommit till uttryck vid debatt i frågan.

Östergötlands läns landsting instämmer i utredningens förslag att journal bör föras på svenska språket. Det är dock viktigt att tolkningen av den tilltänkta lagbestämmelsen inte görs så strikt att huvudsyftet med journalen – en säker vård – äventyras.

Västmanlands läns landsting anför: I anslutning till lagförslagets stadgande om att patientjournaler skall föras på svenska språket, dryftar utredningen den s.k. språkbarriär som anses existera mellan läkare och patient. Denna

fråga får dock ej överbetonas. Journalens språkliga utformning måste syfta till yttersta klarhet och precision: i den medicinska vårdens intresse måste en entydig latisk fackterm ha försteg framför en på måfå sökt svensk översättning. (jfr. s. 164). Om en patient medges tillgång till sin journal bör det vara utlämnande läkares pedagogiska uppgift att själv eller genom annan behörig göra innehållet begripligt för vederbörande.

HCK kan inte instämma i att norska och danska språken skall kunna godtas i journalerna. Även om HCK stödjer tanken om nordisk gemenskap så anser kommittén att vårdpersonal skall behärska språket i det land han/hon arbetar. Det är annars stor risk för missförstånd och att människor drar sig för att uppsöka den vård de behöver. Tillgängligheten till information för vissa grupper, t.ex. äldre, syn eller hörselskadade m.fl. är redan i dag bristfällig och att göra den ändå sämre genom att godta annat språk än svenska som informationsspråk kan kommittén inte acceptera.

Signering, rättelse av journal m.m.

Kammarrätten i Stockholm anför: Utredningen anser sig av kostnadsskäl inte kunna kräva att journalanteckningar signeras. Med hänsyn till omfattningen av journalföringen synes detta förklarligt. Men det är ändå beklagligt från rättssäkerhetssynpunkt att en sådan ordning måste väljas. Kammarrätten tänker då på patienternas likaväl som den ansvariges intresse. Som utredningen uppger finns det från ansvarsnämndens verksamhet flera exempel på allvarliga fel eller förväxlingar i samband med utskriften.

HSAN instämmer i förslaget att i en journalhandling skall anges, när den gjorts och vilken befattningshavare som gjort den. Förutom de fördelar ett sådant förfarande enligt utredningen skulle medföra, skulle förslaget underlätta ansvarsnämndens utredningar. Journalutredningen har ej ansett sig böra föreslå ett krav på genomläsning och signering av journalanteckning. Nämnden vill föreslå en mindre långtgående lösning, nämligen ett generellt krav på signering av *journalanteckning om läkemedelsordinationer*, eftersom skrivfel eller otydlig skrift beträffande dosering givit upphov till ett inte ringa antal anmälningar om skador och dödsfall som anmälts till nämnden.

Svenska läkaresällskapet anser att signering av journalutskrifter efter genomläsning är en ur ansvarssynpunkt ytterligt angelägen uppgift. Signering skulle också kunna användas som den åtgärd som gör journalhandlingen till allmän handling, dvs. en handling som ej får ändras utan särskild notering om när och vem som utfört ändringen. Det finns behov av att kunna betrakta journalhandlingen som ett arbetsdokument fram till denna tidpunkt. Även denna åtgärd att låsa, fixera dokumentet har särskilt stor betydelse vid användning av ord- och textbehandlingssystem.

Spri anför följande: Utredningen har av kostnadsskäl inte föreslagit det allmänrättsligt mycket naturliga kravet på den vårdansvariges kontrolläsning och signering av journalutskriften. *Spri* ställer inte heller detta krav, men

anser dock att det av lagtexten bör klart framgå att det är den journalföringsskyldige som också ansvarar för riktigheten av varje journalregistrering. Det bör således ligga i dennes intresse att kontrollera registreringen och med signering bekräfta riktigheten.

Det bör klart framgå att lagtexten avser den befattningshavare som i egenskap av journalföringsskyldig själv gjort eller låtit göra registreringen.

Uppsala universitet framhåller att undervisningssjukhusen har en särställning vad gäller journalskrivning som inte beaktas i utredningen. Det gäller det faktum att en stor del av patientjournalerna skrivs av läkarstuderande, som således inte själva har självständigt professionellt ansvar. Fakultetsnämnden skulle, i dessa speciella fall, gärna se ett formellt krav på journalsignering av den för vården ansvarige läkaren. Oklarheter skulle annars kunna tänkas uppstå i t.ex. de fall där studenten genom sin bristande erfarenhet gör felaktiga uttolkningar och bedömningar som rentav kan vara till skada för patienten. Enskilda kliniker har sådana krav på genomläsning, bedömning och godkännande för de läkare som handleder studenter, men fakultetsnämnden ser gärna att detta krav fastlägges tydligare och att journal, förd av läkarstuderande, i konsekvens av detta resonemang inte betraktas som journaldokument förrän de signerats av ansvarig läkare.

Lunds universitet framhåller att möjligheten att kunna rätta kandidaternas och skrivna felaktigheter bör framhållas. (jfr. rättning av sekreterares fel.)

Linköpings universitet framhåller följande: I utredningen diskuterar man om man bör införa ett generellt krav på genomläsning och signering av varje journalanteckning. Inte minst för att nå upp till huvudsyftet i utredningen nämligen att tillgodose patientens behov av god och säker vård är det ingen tvekan om att det vore önskvärt med ett generellt krav på genomläsning och signering. Det finns emellertid många situationer när signering av läkare eller annan befattningshavare som dikterat en journal kan vara svår att genomföra. Läkaren kanske slutar på kliniken, går på semester, jourkompensationsledighet eller liknande innan journalen, daganteckningen eller epikrisen är utskriven. Det bör i sådana situationer finnas en ställföreträdande som genomläser och kontrollerar anteckningen. Medicinska fakultetsstyrelsen är dock, liksom utredningen, tveksam om ett sådant förfarande bör utformas som ett krav i en lagtext. Erfarenheten visar att det är orationellt att ha samma signeringskrav för alla de i journalen ingående handlingar såsom intagningsjournal, epikris, daganteckning, mottagningsanteckning, uppgift om receptutskrivning m.m. Rimligare är att lokal myndighet framför rekommendationer avpassade för olika typer av handlingar och beroende av lokala förhållanden.

Östergötlands läns landsting framhåller liknande synpunkter.

Stockholms läns landsting är av den uppfattningen att kravet på en säker vård innebär att ansvarig befattningshavare eller signatur bekräftar korrektheten i journalhandlingen.

Härigenom klargörs när en anteckning i journal blir en allmän – låt vara sekretesskyddad handling.

Västernorrlands läns landsting framhåller att kontrolläsning kan ha en viktig funktion. Även om ett generellt krav på kontroll och signering skulle innebära stora kostnader och därför inte bör anbefallas är det viktigt att i lagen framhålla att den som för journal också ansvarar för att uppgifterna är korrekta.

FALK anför: Journalutredningen tar avstånd från kravet på signering av texten. Enligt *FALK*:s mening är signering en nödvändig förutsättning för att utredningens målsättning om en god och säker vård skall kunna uppfyllas. *FALK* anser att med rationella rutiner blir kostnaderna för signering försumbara.

Patientjournalen är ett viktigt instrument i den vårdgivande personalens arbete. Läsbar text är i dag en självklarhet då fler och fler personer måste kunna tillgodogöra sig informationen om en patient. Tidigare förda stödanteckningar för minnet och för patienten ofta stötande beskrivningar skall tillhöra det förflutna och får inte förekomma i en modern journal. Ändringar skall göras på sådant sätt att av ändringen klart framgår när den skett och av vem.

Sveriges läkarförbund framhåller att det kan te sig självklart att alla utskrifter av journalhandlingar, som görs av särskild skrivpersonal, skall genomläsas och signeras av ansvarig journalförare. Den moderna sjukvården, åtminstone vad gäller större institutioner, kan emellertid ej leva upp till dessa önskemål då många befattningshavare av flera skäl inte befinner sig på sin vanliga arbetsplats när utskriften görs. Enligt journalutredningen bedömning kommer ett signeringstvång, i den mån det vore möjlig genomföra, att bli kostsamt. Väsentligt är att journalen alltid skall följa patienten för att vara till hands, exempelvis i akuta lägen. Ett krav på signering skulle sannolikt omöjliggöra detta. Förbundet är dock av den uppfattningen att genomläsning av diktat och signering bör göras i alla situationer då medicinska eller kostnadsmässiga olägenheter ej uppkommer.

Förslaget att ändringar i journalen skall göras så att ursprunglig text ej utlånas eller blir oläslig står i överensstämmelse med uttalanden av JO och blir därmed en kodifiering av gällande praxis. Det finns anledning förmoda att datajournalen kommer att medföra särskilda problem vad gäller signering och ändring.

Journalen är i rättsliga sammanhang ofta den viktigaste urkunden inte bara för patienten utan också för vårdpersonalen. De anteckningar om vidtagna eller planerade åtgärder, som särskilt läkare och sjuksköterskor gör, ligger till grund för de rättsliga instansernas bedömning vid anmälan om felbehandling. Läkarförbundet finner anledning att understryka journalens stora betydelse, inte bara som viktigt arbetsinstrument utan också som

väsentligt dokument i rättsliga sammanhang för såväl patienter som personal.

Linköpings universitet anför: I betänkandet föreslås att en uppgift i en journalhandling inte får utplånas eller göras oläslig annat än om detta krävs av patienten och socialstyrelsen gett sitt samtycke till det. De speciella problem som ett sådant krav ger vid ADB-förda journaler är emellertid otillfredsställande belyst och ytterligare rekommendationer behövs.

Datainspektionen framhåller följande i kap. om förslaget om rättelse och utredningen mening att 8 § datalagen bör ändras:

Enligt 8 § datalagen skall den registeransvarige rätta eller utesluta oriktiga personuppgifter. Journalutredningen föreslår att uppgifter i en journalhandling inte får utplånas eller göras oläslig i handlingar som avses i journallagen. Däremot finner utredningen att samma krav inte behöver ställas beträffande "mer administrativt betonade" uppgifter och att datalagens 8 § kan fortsätta att gälla för detta senare slag av uppgifter.

Bakgrunden till bestämmelsen i 8 § datalagen är att ADB-tekniken i sig innebär särskilda risker för en ökad spridning av uppgifter och en ökad möjlighet att använda en uppgift i många olika sammanhang. Riskerna med felaktiga uppgifter i personregister anses således mycket större än i fråga om uppgifter i manuella traditionella handlingar.

Personregister inom hälso- och sjukvård innehåller ofta uppgifter som, såvitt inspektionen kan förstå, är hänförliga till dels vårdändamål dels administrativa ändamål. Utredningen har uttryckt sin mening att sjukvårdshuvudmannen bör renodla sina registerändamål på så sätt att administrativa uppgifter skiljs ut från den löpande medicinska verksamheten. Som framgått tidigare har datainspektionen inte ansett detta nödvändigt. Utredningens förslag om rättelser innebär således att olika regler för rättelser av uppgifter kan komma att gälla för ett och samma personregister, dvs. enligt bestämmelserna i dels 8 § datalagen dels 10 § förslagna journallagen. Inspektionen förmodar att detta kan innebära onödiga praktiska problem. Inspektionen finner även av andra skäl att förslaget är olyckligt, nämligen av det skälet att risken med felaktiga uppgifter i personregister är för stora för att tolereras. Inspektionen vill även peka på att det av tekniska skäl i och för sig inte är möjligt men svårt att göra ändringar i t.ex. en löpande journaltext i ett ADB-register på sådant sätt att det klart framgår för läsaren att ändringar gjorts, i varje fall inte i lika hög grad som en korrekt genomförd ändring i en manuell handling. Inspektionen förstår att det av de skäl utredningen anför inte kan tillåtas att uppgifter i journaler ändras eller förvanskas och delar uppfattningen att detta inte skall vara tillåtet och vill därför peka på andra möjligheter att lösa denna fråga. Inspektionen föreslår därför att felaktiga uppgifter i journal som förs med hjälp av ADB-teknik skall rättas i registret enligt 8 § datalagen och att en genomförd ändring dokumenteras manuellt i särskild härför avsedd handling vid varje genomförd ändring så att man i varje enskilt fall kan konstatera vilka

uppgifter som finns/funnits i journalen vid en bestämd tidpunkt. I ADB-system kan införas hänvisning till denna handling.

I detta sammanhang vill datainspektionen peka på att ett totalt förstörande av journaluppgifter undantagsvis kan blir aktuellt även i visst annat fall än sådant som avses i den föreslagna 7 §, nämligen av sådana skäl som aktualiserades i ett ärende hos inspektionen rörande klagomål från enskild person. I ärenden hade en person som inskrivits för vård på grund av missbruk uppgett någon annas personnummer. Detta kompletterades av sjukhuset med uppgift om namn som hämtades från det av landstinget förda befolkningsregistret utan att sjukhuset dessförinnan gjort någon närmare identitetskontroll. Den felaktigt angivne personen hade, när ha fick vetskap om det inträffade, vänt sig till inspektionen och begärt hjälp med att få uppgifterna om vårdtillfället förstörda i de register där de kunde tänkas förekomma då han på grund av det inträffade kände sig felaktigt registrerad som "narkoman". Inspektionens utredning visade att sjukhuset, när de rätta förhållandena uppdagats, förstörde de registreringar som gjorts i registret. Detsamma gjorde försäkringskassan i Stockholm när den fick kännedom om att erhållet besked om inskrivning i sluten vård och registreringarna i anledning därav avsåg fel person.

I enlighet med vad utredningen påpekat synes en konflikt föreligga mellan datalagen och kravet på hur rättelse skall ske i journalhandling. Enligt datalagen skall felaktig uppgift om enskild person på ADB-upptagning *förstöras* medan däremot journallagen i likhet med gällande lag för hantering av allmän handling (urkund) slår fast att felaktig uppgift i journalhandling *inte* får utplånas eller göras oläslig. Vid de fall patientjournal lagras direkt i dataminne (ADB-upptagning) föreligger en konflikt mellan nämnda lagar som måste få en juridiskt och tekniskt acceptabel lösning.

Verdandi anser dock att om en uppgift har visat sig uppenbarligen osann bör denna kunna raderas helt ur journalen om patienten så begär. Signerad notering om att rättelse skett bör finnas.

Kopia och avskrift av journal

Socialstyrelsen framhåller följande: Utredningen föreslår att om en journalhandling lämnats till någon i avskrift eller kopia, skall det antecknas i patientjournalen vem som fått avskriften eller kopian och när den har utlämnats.

Anteckningen härom är till för att socialstyrelsen m.fl. i ett journalförstörelingsärende skall kunna kartlägga, vilka som erhållit en avskrift eller kopia av journalen. Styrelsen har inget att erinra mot bestämmelsen i denna del, men anser att man härutöver även bör anteckna vilka andra myndigheter m.fl. som fått tillgång till originaljournalen. Det är nämligen mycket vanligt att journalen översänds i original som lån och att låntagaren då gör en kopia av journalen eller vissa delar därav. Vidare anser styrelsen att det är lämpligt

med en anteckning om varför en kopia eller avskrift utlämnats.

Enligt *datainspektionen* anses bestämmelsen i den föreslagna 9 § om att det skall antecknas i journalen att någon fått en avskrift eller kopia inte beträffande journaler som förs med ADB innebära några särskilda problem. självfallet under iakttagande att noteringen görs av den som tilldelats sådan behörighet. Den föreslagna bestämmelsen synes i och för sig kunna komma att medföra ökad arbetsbelastning; från den enskildes synpunkt kan förslaget innebära att den som fått del av sin journal också får kännedom om till vem uppgifterna vidarebefordrats.

Spri anser att det bör anges att anteckning om utlämnande skall ske i patientjournal vare sig denna består av journalhandlingar i original eller kopia.

Södermanlands läns landsting efterlyser från centralt håll utfärdade rekommendationer för journalrekvisition. För att underlätta hanteringen skulle ett enhetligt och enkelt formulär där sekretesslagens krav tillgodoses vara bra. Detta upplevs ute på sjukhusen som ett angeläget behov.

Svenska läkaresällskapet anser att utformningen av 9 § sannolikt bör göras mer generell. Vid samma sjukhus utlånas ofta journaler i original mellan olika kliniker. På den klinik som lånat journalen görs därefter inte sällan en egen kopia av den lånade journalen. 9 § bör skrivas så att det klart framgår att all kopiering av journal skall medföra anteckning därom i journalen, även då kopieringen ombesörjs av någon som lånat originaljournalen.

Förvaring

Riksarkivet anför: Vad gäller själva förvaringen av journalmaterialet, som omnämns i nionde paragrafen, instämmer riksarkivet i de kritiska synpunkter, som landsarkiven fört fram. För att nå effekt inom denna sektor behövs klara och i vissa fall tvingande bestämmelser rörande förvaringsutrymmen, läsning m.m. Landsarkivet i Härnösand har vidare framfört att vissa kostnader för bevarande av landstingens material, då framför allt uppgifter lagrade på magnetband och mikrofilm, kommer att åvila riksarkiv och landsarkiv. Det synes inte rationellt att varje landsting skaffar klimatiserad förvaringsutrymmen för förvaring av dessa medier eller tekniskt kvalificerad personal för vården. Det är av vikt att detta förhållande uppmärksammas samt att konsekvenserna härav dras. Vidare att man ej försvårar arkivmyndigheternas möjligheter att förvara journalmaterial, oavsett om det lagras på papper, film eller andra medier. Så bör t.ex. inte patientens samtycke behöva inhämtas vid varje tillfälle vid utlämnande av uppgifter (jfr. s. 83 och s. 235 ff.). Att ett landsarkiv skulle tvingas inhämta patientens samtycke för att lämna ut exempelvis 20–30 år gamla uppgifter till forskare skulle ställa landsarkiven och riksarkivet inför uppgifter, som inte hittills ingått i de normala arbetsrutinerna. Över huvud taget har inte forskningens möjligheter att utnyttja materialet berörts, vilket borde ha skett.

Spri anser det angeläget att det slås fast i lag att journalhandling skall förvaras så att den som är obehörig inte får tillgång till den. Detta skall gälla såväl arkiverad journal som journal under hantering.

Västernorrlands läns landsting framför motsvarande synpunkter.

Lunds och Linköpings universitet understryker behovet av högre krav på säker förvaring.

Malmöhus läns landsting framhåller att begreppet "förvaras" kan missuppfattas såsom avseende enbart förvaring i akriv och dyl. För att undvika detta bör texten vara "... skall *hanteras* och *förvaras* ...".

FALK framhåller att förvaring av journaler i dag regleras genom huvudmännens arkivreglementen och följs på sina håll mycket dåligt. En lagstiftning på området förstärker skyddet.

Lagförslaget 9 § föranleder *datainspektionens* följande synpunkter. Bestämmelsen synes i första hand vara av betydelse för konventionella manuella journalhandlingar. För personregister gäller särskilda bestämmelser i 7 § 4 punkten datalagen av innebör att vid förande av personregister skall särskilt iaktas att uppgifterna i registren skyddas mot oavsiktlig eller otillåten förstörelse eller mot otillåten ändring eller spridning. Av datainspektionens "Allmänna råd vid tillämpning av datalagen" framgår att för att åstadkomma detta skydd någon form av behörighetskontroll skall finnas. Vidare skall den lokal där bearbetningen sker vara försedd med tillträdeskydd. S.k. behandlingshistorik (logg) skall normalt också finnas. För bearbetning av personregister med medicinska uppgifter bör liggning ske så att det i efterhand är möjligt att kontrollera att inga obehöriga bearbetningar gjorts. Inspektionen kan också med stöd av datalagen meddela föreskrifter om kontroll och säkerhet även för personregister som kan inrättas och föras utan tillstånd eller med stöd av undantagsbestämmelse.

Inspektionen erinrar också om att ett eventuellt användande av en tilldelad behörighet för atkomst till ett personregister för annat ändamål än det för vilket behörigheten tilldelats kan utgöra sådan straffsanktionerad handling som stadgas i 21 § datalagen, nämligen s.k. dataintrång.

V Integritet och sekretess

Allmänna synpunkter. Förslagen i 5–6 §§

Göta hovrätt anser att de föreslagna bestämmelserna om patientens rätt till journalhandling bör kompletteras med en bestämmelse som anger vad som i övrigt gäller i fråga om skyldighet att lämna uppgifter ur patientjournal, det kan lämpligen ske genom en hänvisning till 7 § och 7a § i tillsynslagen, vilka innehåller nu gällande regler härom.

Lagförslaget innehåller bestämmelser om patientens rätt till journalhandling. I 5 § i förslaget hänvisas – i fråga om journaler i det allmänna verksamhet – till tryckfrihetsförordningens och sekretesslagens bestämmelser. De bestämmelser som nu gäller för den enskilda vårdsektorn föreslås

överförda till 6 §. Utredningen har därvid föreslagit ett förtydligande genom att det (i den tilltänkta 6 §) uttryckligen anges att bestämmelsen gäller även journaler i enskild tandvård. De definitioner som ges redan i 1 § i lagförslaget synes emellertid omfatta även privattandvården. Med hänsyn härtill bör det av utredningen föreslagna förtydligandet utgå, eftersom det kan leda till att tveksamhet uppstår i fråga om övriga bestämmelsers tillämplighet på den enskilda tandvården.

Socialstyrelsen framhåller att 6 § tredje stycket i lagförslaget bör lyda:

”I fråga om talan mot socialstyrelsens beslut enligt *andra* stycket gäller i tillämpliga delar 15 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).”

Socialstyrelsen anser det rimligt att en patient får möjlighet att om han så önskar mot en viss avgift få en avskrift eller kopia av sin journal i likhet med vad som är fallet inom den allmänna hälso- och sjukvården.

Göteborgs universitet framhåller beträffande 5 och 6 §§ att det borde finnas en öppning i sekretessen i patientjournalen för nära anhörig till patienten då den anhöriges rätt kan göras beroende av vad som står i journalen. Ett sådant exempel är ett testamente som skrivits av patienten i ett tillstånd då han är omtöcknad av starka mediciner. Vid en senare klandertalan av testamentet är det i dag omöjligt för den anhörige att få läsa journalen för att kunna påvisa grunden till testamentets eventuella ogiltighet.

Svenska läkaresällskapet anför: Journalutredningen definierar patientjournal såsom en samling av upprättade och inkomna handlingar i samband med *vård*.

De journalhandlingar och protokoll som upprättas *inom det rättsmedicinska verksamhetsområdet* upprättas inte i samband med *vård* och synes därför inte falla under förslaget till lag om patientjournaler. Dock förtjänas påpeka, att journalhandlingar upprättade i samband med *vård* ofta är en nödvändig del i utredning av dödsfall av onaturlig art. I dessa sammanhang kommer journalhandlingar från sjukvården rättsmedicinska verksamhetsområdet till del. Därvid uppkommer sekretessproblem som journalutredningen inte har beaktat.

Vi får därför föreslå att t.ex. kapitlet om offentlighet och sekretess kompletteras med en paragraf varav framgår att vid utlämnande av journalhandlingar till annan myndighet än dem som omfattas av *vård* (patientvård) gäller sekretessen fullt ut i denna verksamhet.

BFU-81 konstaterar att det inte finns några särskilda lagar som reglerar bestämmanderätten över barns/ungdomars journaler. Det finns vissa rättsliga avgöranden rörande föräldrars rätt att få ta del av barns journaler. I princip anses att den som är vårdnadshavare för ett barn har rätt att ta del av handlingar som rör barnet. Dock har i några fall (ett något äldre) barns uppfattning i fråga om utlämnande uppgifter i journal ansetts vara av avgörande betydelse i fall förälder begärt att få del av uppgifter. Journalutredningen har i sitt betänkande inte närmare diskuterat dessa frågor. Vi

anser att man borde ha gjort det.

Spri framhåller följande: Viktiga fragor som analyseras och diskuteras i utredningen kommer inte till konkret uttryck i den föreslagna lagtexten. En sådan fråga är t.ex. hur sekretesslagen skall tolkas och tillämpas, speciellt i vårdsituationer-/organisationer där flera (även icke journalföringsskyldiga) yrkesgrupper på olika sätt är engagerade i patientens vård och behandling. Den viktiga tolkningsprincipen att patientens samtycke till utlämnande av journalhandling som regel skall inhämtas kommer inte heller till uttryck i lagförslaget.

Detta betyder att utredningens förslag inte kommer att skingra den osäkerhet som råder bland hälso- och sjukvårdens personal om vilka praktiska rutiner rörande journalens utformning och hantering som är i överensstämmelse med lagar och föreskrifter. Utredningens konstaterade att man i dag inte lever upp till sekretesslagens krav överensstämmer med erfarenheterna från Spris rådgivning i journalfrågor.

Utan tveivel finns det behov av klargörande och kompletteringar både beträffande den föreslagna journallagen och sekretesslagen. Ett fortsatt arbete med detta syfte är angeläget. *Spri* är berett att medverka i detta arbete och anser det viktigt att erfarenheterna tillvaratas från Spris omfattande utvecklings- och rationaliseringsarbete på journalområdet.

Juridiska fakulteten vid Lunds universitet framhåller att – i de fall utredningen inte ansett sig kunna redovisa konkreta förslag – är ändå probleminventeringen och utredningens allmänna uttalanden framför allt i integritetsfrågor (exv. den diskutabla konsekvensen att *skolan övertar journaler, som inte bara gäller barnen utan även deras mödrar*) av värde och får förhoppningsvis bilda underlag för statsmakternas fortsatt överväganden.

SÖ påpekar beträffande överlämnande av barnhälsovårdens journaler till skolhälsovården att journalen enligt socialstyrelsens "Anvisningar och kommentarer till journal inom barnhälsovården" "överlämnas till skolhälsovården i tillämpliga delar". Handlingar från MVC rörande modern samt andra lösa lappar, remisser o.d., skall inte översändas till skolhälsovården utan rensas ur journalen i samband med att en slutanteckning görs vid sista besöket på BVC. Härvid skall även göras en prövning ur sekretessynpunkt inför överlämnandet till skolhälsovården på samma sätt som sker vid överlämnande från BVC till en annan vid flyttning. SÖ kommer att ta upp frågan om informationsöverföring från barnhälsovården till skolhälsovården till förnyad prövning med socialstyrelsen.

Spri anför i fråga om utredningens överväganden om *den inre sekretessen*. Den beskrivning utredningen gör av vilka som behöver ha tillgång till patientjournalen är olyckligt begränsande och inte i överensstämmelse med den vårdorganisation som på flera håll tillämpas. Beskrivningen synes också strida mot texten i andra delar av betänkandet.

En bokstavstrogen efterlevnad av utredningens här framförda åsikter

skulle t.ex. kunna innebära att den omfattande rådgivning och tidplanering, som de s.k. patientmottagarna (motsv.) inom primärvården svarar för, avsevärt skulle kunna försvåras. Den bedömning dessa personer gör bygger i många fall på tillgång till journaluppgifter från tidigare kontakter. Den alltmer tillämpade vårdlagsprincipen inom både sluten och öppen vård bygger i stor utsträckning på att samtliga medarbetare i laget skall ha tillgång till uppgifter om patienterna. Inom långtidsvården är det t.ex. vanligt att undersköterskor fungerar som arbetsledare inom vårdlaget. Det är rimligt att dessa skall ha samma möjlighet att ta del av information omkring patienten som t.ex. den arbetsledande sjuksköterskan inom avdelningen. Den beskrivning som utredningen gör bör därför nyanseras och inte ses som generellt giltig för alla verksamhetsområden. Spri är väl medvetet om att det inom vissa specialiteter finns anledning att tillämpa en mer rigorös rutin. Det väsentliga är dock att utredningens generella uttalande inte används som argument mot en förändrad vårdorganisation som ger påtagliga fördelar för patienterna.

Nu kan man visserligen hänvisa till det omfattande delegationsförfarande som tillämpas i vården och som medger lokala rutiner. Spri ser också denna möjlighet och finner det därför angeläget att det i den fortsatta handläggningen av utredningens förslag påpekas att frågan om den interna sekretessen blir föremål för lokala diskussioner och överenskommelser på klinik, vårdcentral m.m.

Som tidigare framgått är erfarenheterna att hälso- och sjukvården haft svårt att tillämpa bestämmelserna i sekretesslagen. Det finns därför ett behov av kompletteringar och klargöranden. Samma torde vara förhållandet med den nu föreslagna journallagen.

Malmö kommun anför: Journalutredningen har inte funnit det ligga inom sina direktiv att diskutera tillgängligheten av journaler för undervisning och forskning. Detta är en klar brist i utredningen. För klinisk forskning föreligger det ofta anledning för framför allt läkare att ta del av journaler, dels på den egna kliniken och dels på andra kliniker. I sådana fall kan medgivande från patienterna ej inhämtas och avidentifierade uppgifter ej alltid utnyttjas. För undervisningsändamål torde det vid den mera katedrala undervisningen sällan finnas behov av icke avidentifierade uppgifter men vid den handledande undervisningen på exempelvis vårdavdelningar föreligger ett helt legitimt intresse från exempelvis medicine studerande och sjuksköterskeelever att ta del av patientjournaler.

Utredningen har överhuvud ej berört audiovisuell dokumentation i form av exempelvis videospelningar. Sådana förekommer dels för att dokumentera behandlingsresultat och dels för undervisnings- respektive forskningsändamål. Särskilda regler bör skapas för sådant material som utgör del av journalen.

Göteborgs och Bohus läns landsting stöder journalutredningens förslag att låta statsmakterna snarast se över om informationsöverföringen mödra-

hälsovård- barnhälsovård- skolhälsovård ska fortleva i sin nuvarande form. Uppgifter om föräldrars minst sju år tidigare genomgångna aborter och graviditeter, dåvarande hälsoanamnes och familjesituation måste anses ha ringa värde i skolhälsovårdsarbetet. Dessa uppgifter kan stark ifrågasättas ur integritetssynpunkt.

Datajournaler och personregister i hälso- och sjukvården

Kammarrätten i Stockholm framhåller följande: Uppgifter ur patientjournalerna används i stor utsträckning för annat än det omedelbara ändamålet, t.ex. för forskning, statistik samt socialstyrelsens och sjukvårdshuvudmännens planering. Det är främst denna externa användning som från integritetssynpunkt är ägnad att inge oro och mot vilken patienterna torde ha anledning att reagera. Här kommer särskilt datatekniken in i bilden genom de starkt ökade möjligheter som den ger till åtkomst och bearbetning av materialet för de mest skilda syften, med eller utan sammankoppling med uppgifter ur andra dataregister. Allt efter som datatekniken kommer till mer utbredd användning för journalföringen stegras säkert trycket på att få använda uppgifter ur journalerna för olika sekundära ändamål. Ju fler önskemål i aktuellt hänseende som tillmötesgås dess större är riskerna för allvarliga integritetskränkningar. Kammarrätten instämmer därför utredningens förslag (bet. s 87) att statsmakterna skall i grunden se över författningsstödet på området. Arbetet bör bedrivas med den inriktning på restriktivitet som har förordats här. Med hänsyn till materialets speciellt känsliga natur kan det vara lämpligt att det hos datainspektionen inrättas ett särskilt, samlat register med uppgifter på vilka externa brukare som har erhållit tillstånd att utnyttja patientjournaler, vilka uppgifter tillståndet avser, hur de skall utnyttjas och om sammankoppling medgetts med andra system.

Kammarrätten kan inte underlåta att i sammanhanget uttala sin oro över det förhållandet att ca 150 000 patientjournaler om året försvinner (jfr. bet. s. 145, 190). Med hänsyn till materialets speciellt känsliga karaktär måste rutinerna utformas så att det i all möjlig mån förebyggs att journaler kommer i obehöriga händer.

Data- och offentlighetskommittén (DOK) anför följande: Uppgiftslämnandet till myndigheter och centrala register anses behövas för tillsyn och kontroll i enskilda fall, övergripande planering, forskning m.m. Journalutredningen har inte kunnat påvisa något missbruk eller slarv som på ett eller annat sätt varit till förfång för de registrerade och menar att den centrala registreringen i jämförelse med journal- och registerhanteringen på lokal- och regional nivå är ganska problemfri.

Det är ändå angeläget att utsätta befintliga register för kritisk prövning, undersöka i vilken utsträckning man kan avidentifiera de uppgifter som samlats in och iakta en allmän återhållsamhet när det gäller nya uppgifts-

skyldigheter. DOK kan i sitt utredningsarbete få anledning att närmare ta upp denna fråga i ett bredare samhällsperspektiv.

Tillsyn över den ökande registreringen av patienter med hjälp av ADB-teknik utövas av datainspektionen enligt datalagen (1973:289). För att bestämmelserna i sekretesslagen och tillståndsplikten enligt datalagen skall kunna iakttas är det nödvändigt att de olika ADB-registrens användningsområden analyseras och bestäms innan tillstånd lämnas. Informationssystem som täcker flera kliniker eller sjukvårdsinrättningar måste innefatta funktioner som gör det praktiskt möjligt att upprätthålla sekretess lagens krav på skadeprövning i varje enskilt fall av uppgiftslämnande om inte den enskildes samtycke finns eller uppgiftslämnandet bygger på en uppgiftsskyldighet i lag eller förordning. Frågan om rättelse av oriktiga uppgifter i dataregister torde DOK få anledning att pröva närmare under utredningsarbetet.

Datainspektionen framhåller följande: Utredningen redogör för förekomsten av centrala register hos socialstyrelsen och föreslår bland annat att statsmakterna i grunden ser över författningsstödet för de centrala registren och myndigheternas befogenheter i dessa frågor. Datainspektionen finner av skäl som framgår nedan att förslaget är utomordentligt förtjänstfullt och vill, med anledning av att vissa av de uppgifter som lämnas till socialstyrelsen införs i personregister, peka på att beslut om inrättande av sådana register kan tas av regering eller riksdag efter hörande av inspektionen i enlighet med bestämmelserna i 2a § första stycket datalagen.

Datainspektionen anser nämligen att beslut om inrättande av centrala, totala personregister inte bör fattas av datainspektionen eller den centrala myndigheten. Ett eventuellt inrättande av ett centralt personregister med uppgifter om hela befolkningens vårdtillfällen och sjukdomsdiagnoser och liknande känsliga uppgifter är en fråga av den digniteten att beslut om inrättande bör tas av regering eller helst riksdagen, det bör således åligga statsmakterna att avgöra på vilket sätt och i vilken utsträckning uppgifter om enskildas sjukdomar och hälsotillstånd skall insamlas centralt och användas för annat än vårdändamål. Ett sådant beslut bör, efter hörande av datainspektionen enligt bestämmelserna i datalagen därom, meddelas i form av författning. Detta skulle medföra att frågan om avvägningen av integritetsintresset gentemot statistikbehovet blir mer allsidigt belyst. Uppgiftslämnande till centrala register bör alltså regleras som en skyldighet i lag eller förordning. Dessutom skall det i denna framgå vilken myndighet som är registeransvarig, för vilket ändamål registret skall föras, vilka uppgifter som skall ingå i det, varifrån och på vilket sätt de skall inhämtas samt hur länge uppgifterna skall bevaras.

Socialstyrelsen för bl.a. personregistren cancerregistret, medicinskt födelseregister (inkl. missbildningsregistret), gynekologisk hälsoundersökning, patientstatistik över sluten somatisk vård, patientstatistik över sluten psykiatrisk vård, läkemedelsbiverkningsregistret och LSPV-vård.

Av dessa register är det endast cancerregistret och det medicinska

födelseregistret som har behandlats som s.k. anmälningsärenden vid datainspektionen, dvs. registren har ansetts inrättade genom beslut av statsmakterna. För de övriga personregistren har tillstånd meddelats av datainspektionen.

Datainspektionen delar helt uppfattningen att patienterna bör få ökad kännedom om de centrala registren och deras användningsområden. Detta skulle kunna bidra både till minskad s.k. dataoro, öka allmänhetens förståelse för kunskap om behovet av medicinsk statistik och – inte minst – ge vägledning om hur långt den enskilde är beredd att sträcka sig. Utredningens förslag om att socialstyrelsen skall utarbeta upplysningsmaterial vill inspektionen livligt understödja. Inspektionen har för övrigt sedan länge och vid ett flertal tillfällen i samband med prövningen av skilda register pekat på just denna möjlighet att genom t.ex. informationsbroschyrer informera patienterna om centrala register. Inspektionen har naturligtvis lämnat upplysning och information i detta avseende men informationsanslaget räcker inte för alla de register allmänheten borde informeras om. Vid något tillfälle har inspektionen i samverkan med socialstyrelsen ordnat särskild presskonferens. I vissa fall har inspektionen med stöd av datalagen meddelat föreskrifter för socialstyrelsen att de registrerade skall informeras. Inspektionen hade i februari månad 1984 i ett ärende anledning uppmärksamma att den för det medicinska födelseregistret enligt datalagen föreskrivna undermåttsskyldigheten till de registrerade inte fullgjorts på ett godtagbart sätt. Vad som framkom i ärendet föranledde uppmärksamhet i massmedia och blev sedermera föremål för en enkel fråga i riksdagen. Ärendet visar att det alltid kan finnas problem när avståndet ökar mellan den som samlar in uppgifterna och den som skall använda uppgifterna.

Utredningen har inte sett som sin uppgift att närmare utreda frågan om nödvändigheten av att föra centrala register i personidentifierbar form och aviserat att detta möjligen kan vara en fråga för den nyligen tillsatta personnummerutredningen, numera benämnd Data- och offentlighetskommittén (DOK). Datainspektionen finner ändå anledning att i detta sammanhang uttrycka sin principiella mening, nämligen den att noggranna avvägningar måste göras mellan behovet av personidentifierbara uppgifter i centrala register och de risker som kan uppstå från integritets- och sekretessynpunkt. Vid behov av registrering av personuppgifter för forsknings- och statistikändamål bör alltid i första hand övervägas vilka möjligheter som finns att inrätta register i avidentifierad form alternativt genom urval av en mindre population individer.

Socialstyrelsen har även i framtiden för avsikt att genomföra någon form av dataregistrering och sammanställning av uppgifter som inhämtas från landstingens patientdatabaser. Huruvida socialstyrelsen har för avsikt att inrätta och även fortsättningsvis fortlöpande föra ett centralt personregister är obekant för datainspektionen. Det torde i varje fall stå helt klart att något

entydigt författningsstöd genom beslut av statsmakterna inte föreligger för ett sådant register. Med hänsyn till den praxis som utbildats sedan datalagen trädde ikraft är det . av skäl som redovisats ovan. osäkert huruvida inspektionen skulle kunna bifalla en eventuell ansökan om tillstånd från socialstyrelsen om att få inrätta och fortlöpande föra ett sådant centralt personregister.

Riksförsäkringsverket framhåller följande: Utredningen konstaterar att det föreligger integritetsrisker i journal- och registerhanteringen på den lokala/regionala nivån. Beträffande de stora centrala registren anser utredningen emellertid att den oro inför den ökande dataregistreringen som uttryckts i massmedia är ogrundad och snarast beror på brister i information. Utredningen föreslår därför att socialstyrelsen fyller ut informationsbehovet, t.ex. genom att utarbeta upplysningsmaterial till hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta material bör inte bara beskriva den tekniska sidan, dvs. skyddsrutiner, tillträdes- och behörighetsregler m.m., utan också populärt förklara registrens användningsområden och vilka vinster man kan uppnå med dessa. Frågan bör också lämpligen behandlas i den lokala internutbildningen. Utredningen menar att sådana informationsinsatser bör kunna leda till att patienterna redan i samband med vården kan få vederhäftiga upplysningar om dataregistreringen, vilket kan väntas undanröja en del onödig oro.

Riksförsäkringsverket delar utredningens uppfattning att det bör vara värdefullt med bättre information på detta område. Verket är berett att utarbeta upplysningsmaterial beträffande socialförsäkringens register.

Spri anför bl.a. följande om datajournaler: Lagförslaget skall enligt utredningens uttalade syfte vara teknikoberoende. Samtidigt måste man konstatera att problemen är mycket olikartade vad gäller den traditionella pappersjournalen och den (till väsentliga delar) datorbaserade patientjournalen. Att införa ett system som ger olika delar av den manuella journalen olika tillgänglighet för akutella vårdgivargrupper är praktiskt ogörligt medan det är fullt möjligt att realisera i en datorbaserad journal. Detta krav kan därför först realiseras på sikt när man inför ADB-baserad journalföring.

Möjligheterna att förverkliga utredningens intentioner kommer sålunda till vissa delar vara beroende av tillgänglig teknik. Detta blir speciellt påtagligt då det är ett krav att utredningens förslag skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade resurser eller finansieras genom rationaliseringar och förändringar av den pågående verksamhet.

I frågan om ev. krav på kontrolläsning och signering av journalanteckning finns det enligt Spris mening anledning att i likhet med utredningen påpeka att det i dag är osäkert om i dator inläst och lagrad information kan likställas med skriftlig originalhandling, bl.a. beroende av om en "datasignatur" kan göras lika säker mot förfalskning som signaturen på en pappershandling.

Datajournalen (i bemärkelsen på datamedia direktinläst journal) är, åtminstone till vissa delar, sedan en tid i drift hos vissa huvudmän. *Spri* anser

därför att frågan om vilken juridisk status som direkt på datamedia inlästa patientuppgifter har kräver ett klart ställningstagande med det snaraste. Det är i själva verket frågan om att definiera vilka krav som måste ställas på datamedia och dess hantering för att direktinläst information skall kunna likställas med skriftlig originalhandling (urkund).

SCB anför följande: Patientjournalens innehåll och användning har radikalt förändrats under 1900-talet. Från att ha varit minnesanteckningar till stöd för läkare är journalen i dag dessutom en kanal för överförande av information till olika vårdgivare, underlag för forskning, statistik, försäkring, myndigheter och rättväsen.

Det har varit utredningens uppgift att analysera hur dessa intressen skall kunna förenas med huvudkravet att den enskilda patienten får god och säker vård utan att integriteten träds för när.

Landstingens patientdatabaser kommer i framtiden att ha stor betydelse för forskningen och hälso- och sjukvårdsstatistiken. Det är framför allt diagnosuppgifter som hämtas ur patientjournalen och tillföres databasen. Skall patientdatabasen kunna utnyttjas för sina syften måste kraven ställas högt både på journaluppgifternas kvalitet och noggrannheten i överföringen till patientdatabasen. De erfarenheter som redan vunnits tyder på att bearbetningen av uppgifter som gäller vårdgivare och vårdtagare är förhållandevis problemfri. Uppgifterna om diagnoser har däremot visat sig vara bristfälliga.

Därför måste kvaliteten på framför allt diagnosuppgifterna förbättras. SCB har i sitt yttrande över HS 90 pekat på vikten av att "ge den personal som lämnar uppgifter tillräcklig motivation för att lämna fullständiga och korrekta uppgifter. Detta kan lättare uppnås om man ger uppgiftslämnarna tillgång till den statistik som uppgifterna ger bas för så att den blir ett naturligt hjälpmedel i deras egen verksamhet".

Journalutredningen förespråkar också återhållsamhet när det gäller anmälningsskyldighet till myndigheter och centrala register då den sammanlagda effekten av många uppgifter blir en successiv urholkning av patientens integritetsskydd. Utredningen påpekar dock att missbruk eller slarv på denna punkt inte är dokumenterat och att den centrala registreringen erfarenhetsmässigt är problemfri.

SCB delar utredningens uppfattning på båda dessa punkter. SCB anser det självklart angeläget att klara regler finns för hur uppgifterna i patientjournalen får användas.

SCB instämmer därför i utredningens slutsats att insamlandet av journaluppgifter för statistisk bearbetning bör regleras författningsmässigt.

SCB vill i detta sammanhang även peka på att personidentifierade uppgifter från hälso- och sjukvårdsområdet faller under bestämmelserna i 7 kap. i sekretesslagen, vilket för känsliga uppgifter innebär ett strängt sekretesskydd. Denna sekretess gäller även vid bedömning av utlämnanden från en myndighet till en annan. Om uppgifterna lämnas ut till SCB eller

annan myndighet för statistisk bearbetning faller de där under den stränga statistiksekretessen enligt 9 kap. 4 § sekretesslagen.

STU begränsar sig i sitt yttrande till frågor av teknisk forsknings- och utvecklingskaraktär och speciellt frågor med anknytning till projekt DASIS (datorstött informationssystem för sjukvården) och anför bl.a. följande:

I utredningen kommenteras DASIS-projektet utifrån den tillämpning och uppdelning i lokal och gemensam information som Stockholms län valt i sin försöksinstallation. Denna uppdelning är inte unik för DASIS-projektet och inte heller nödvändig i konceptet. Således utnyttjas inte denna uppdelning i de två övriga försöken.

I utredningen citeras en uppgift från Stockholms läns landsting att informationshanteringen där kostar 600 milj. kronor per år (denna uppgift har ej tagits fram inom det centrala DASIS-projektets ram). Vidare hänvisas till en expertstudie som initierats av Dataeffektutredningen "ADB inom kommun och landsting – effekter på sysselsättning och arbetsmiljö". (DS A 1983:5) där det hävdas att det är inom den vårdande verksamheten och inte inom administrationen som de största rationaliseringarna kan komma att göras med hjälp av ADB-teknik. En relativt detaljerad studie av rationaliseringsmöjligheterna har gjorts inom DASIS-projektets ram och redovisas i form av en särskild effektgranskningsrapport. Under etapp 4 skall faktiska mätningar göras av olika effekter. En förklaring till den synbara motsägelsen mellan de två ovannämnda påståendena är att det i stor utsträckning är sjukvårdande personal som utför administrativa uppgifter, vilka kan underlättas med hjälp av ADB-teknik. Självfallet kan inte den medicinska verksamheten förväntas kunna rationaliseras med datorstöd av det slag som här diskuteras.

Man kan däremot förutse att tillgängliga medicinska resurser bättre kan utnyttjas om man med hjälp av ADB-teknik har en bättre blick över dessa resurser och deras användning.

Sammanfattningsvis vill STU framhålla vikten av att klara riktlinjer utarbetas från ansvariga organ, vilka avspeglar en lämplig avvägning av patientens krav på integritet och sekretess i förhållande till betydelsen av korrekt och brett tillgänglig information för att kunna lämna god vård och vidta förebyggande insatser. Tekniken utvecklas snabbt. Begränsningarna torde inte komma att ligga på det tekniska planet vad gäller att tillgodose nämnda krav.

SÖ anför: Beträffande hälsojournalens utformning inom skolhälsovården pågår för närvarande ett utvecklingsarbete i samråd med socialstyrelsen. Med tanke på skolhälsovårdens ojämna utformning i landet (framför allt beträffande skolläkare) och i syfte att kunna fullgöra uppgiften att följa hälsotillståndet hos landets elever (SFS 1981:1371) anser SÖ det även framgent nödvändigt att SÖ ges möjlighet att styra journalens utformning. SÖ anser det viktigt att även fortsättningsvis ett urval hälsojournaler från skolhälsovården insänds till ett centralt register i SÖ. Detta bör dock

moderniseras och utvecklas i överensstämmelse med övriga centrala register. Arbete härmed pågår inom SÖ i samråd med socialstyrelsen, SCB, m.fl.

Landsingsförbundet framhåller följande: Uppgifter för övergripande planering inhämtas och sammanställs på såväl central som lokal nivå. Landstingens patientdatabaser har bl.a. utvecklats på grund av krav på omfattande uppgiftslämnande till centrala myndigheter. Förbundet biträder utredningens förslag om en översyn av författningsstödet för de centrala registren om myndigheternas befogenheter i dessa frågor.

Mellan mödrhälsovården, barnhälsovården och skolhälsovården sker i dag en informationsöverföring av journaluppgifter. Utredningen riktar kritik mot denna informationsöverföring från integritetssynpunkt och föreslår att informationssystemet arbetas om alternativt att den rättsliga regleringen anpassas till sekretesslagens krav. Förbundsstyrelsen invänder inte mot utredningens förslag att se över nuvarande ordning men vill betona behovet av att viktiga uppgifter om barnets hälsa kan föras vidare från barnhälsovård till skolhälsovård.

Malmö kommun framhåller: Beträffande patientuppgifter som lämnas centralt, t.ex. för statistisk bearbetning respektive i utbyte mellan olika myndigheter, anser utredningen att något reellt underlag inte föreligger för patientens oro beträffande sin egen integritet. Sjukvårdsstyrelsen delar inte denna uppfattning. Tvärtom har sjukvårdsstyrelsen observerat en stigande oro avseende identifierbara uppgifter som inlämnas till centrala register. Med hänsyn till patienternas integritet vore önskvärt att man i väsentligt större omfattning än f.n. planerar centrala register med hjälp av oidentifierade personliga uppgifter och givetvis med fastställda syften. De nuvarande centrala registren torde inte uppfylla dessa krav. Även vid intern databehandling inom en sjukvårdsinrättning måste väl avvägda sekretesskoder planeras in.

Malmöhus läns landsting anser att en skärpning av sekretessreglernas tillämpning är särskilt angelägen mot bakgrunden av den ökande användningen av datorer inom sjukvården. De system som finns i dag – bortsett från rent medicin-tekniska system av laboratoriekaraktär – har huvudsakligen haft administrativ inriktning. Inom en snar framtid kommer allt fler journaluppgifter att behandlas i olika terminalbaserade ADB-system. Tekniskt ökar tillgängligheten därmed på ett sätt som inte står i överensstämmelse med sekretesslagen om man gör enheterna inom vilka uppgifter får lämnas fritt för stora. ADB-tekniken måste också utformas så att man följer tryckfrihetsförordningens och sekretesslagens huvudregel om att någon frågar efter en uppgift och en uppgiftslämnare prövar om uppgiften kan lämnas ut.

Utskottet vill därför också instämma i utredningens mening att man i framtiden bör separera ADB-system med uppgifter av administrativ betydelse från system innehållande medicinska journaluppgifter.

Som utredningen anger bör man också se över hur uppgifter skall lämnas

till centrala myndigheter för statistik och övergripande planeringsändamål.

Kristianstads läns landsting menar att ADB som hjälpmedel i dessa sammanhang kan ge många fördelar i effektivitets- och rationaliseringssammanhang. Dock måste noga understrykas att integritets- och sekretessfrågorna i varje särskilt fall alltid får en nöjaktig lösning när denna teknik införes, så att patienternas förtroende för vården inte rubbas.

Självfallet får inte sekretesskraven bli så hårda att andra myndigheter för uppenbara svårigheter att få uppgifter för att fullgöra sina skyldigheter eller att informationssamlade förhindras som underlag för forskning inom medicinen. Utredningens förslag och övervägande i dessa avseenden förefaller väl underbyggda.

Kronobergs läns landsting anför: När det gäller uppgiftslämnande till myndigheter och centrala register t.ex. landstingens patientdatabaser har journalutredningen inte kunnat påvisa något reellt underlag för den oro som kommit till uttryck i massmedia. Utredningen har dock konstaterat att det finns brister i författningsstödet för utlämnandet av dessa journaluppgifter och önskar en översyn. Landstinget instämmer i detta men önskar också att författningsstödet för landstinget självt att hämta in dessa uppgifter ses över. Detta är speciellt angeläget med hänsyn till den utökning av innehållet i de centrala registren som föreslås i HS 90.

Örebro läns landsting anför: Vikten av att integritetsfrågorna beaktas vid uppläggning av dataregister understryks i utredningen. Utskottet vill även understryka att motiv för och syfte med insamling av registeruppgifter skall klargöras när register läggs upp. Dock vill utskottet framhålla att skyddet av patientens integritet inte får föras dithän, att forskning i datalagrat material försvåras/omöjliggörs.

Skaraborgs läns landsting anser att en skärpning av sekretessreglernas tillämpning är särskilt angelägen mot bakgrund av den ökande användningen av datorer inom sjukvården. De system som finns idag – bortsett från rent medicin-tekniska system av laboratoriekaraktär – har huvudsakligen haft administrativ inriktning. Inom en snar framtid kommer allt fler journaluppgifter att behandlas i olika terminalbaserade ADB-system. Tekniskt ökar tillgängligheten därmed på ett sätt som inte står i överensstämmelse med sekretesslagen om man gör enheterna inom vilka uppgifter får lämnas fritt för stora. Som utredningen anger bör man också i detta sammanhang se över hur uppgifterna skall lämnas till centrala myndigheter för statistik och övergripande planeringsändamål.

Västmanlands läns landsting är medveten om att utbyggnaden av ADB inom hälso- och sjukvård kommer att i hög grad skärpa integritetsproblemet och möjligen även aktualisera kompletterande lagstiftning. Landstinget delar utredningens uppfattning om vikten av att undvika en förtroendekris mellan allmänheten och hälso- och sjukvården men finner att utredningen tar alltför lätt på allmänhetens oro inför de stora centrala dataregistren i sitt

försök att reducera frågan till ett informationsproblem (s. 14, 86).

Älvshögs läns landsting anför följande: Den ökande användningen av datateknik för patientdokumentation är ur integritetshänseende ett särskilt problem. Det förekommer också en sammanblandning av rent medicinska respektive vårdadministrativa uppgifter i registren, varför ändamålen med de olika registren framgent måste renodlas.

Då det gäller medicinska register, bör man se restriktivt på användningen av datateknik. Varje klinik bör ha ett administrativt ansvar för sin egen journalhantering, diagnos- och operationsregistrering etc. Dessa uppgifter får inte automatiskt vara tillgängliga, vare sig för andra kliniker och vårdinrättningar eller centrala instanser utan uppgiftsutlämnande måste följa sedvanliga regler för sekretessprövning. Detta ställningstagande medför att endast oidentifierade patientuppgifter kan utlämnas till centrala databaser för forskningsändamål.

I samverkan mellan primärvården och länssjukvården, är det väsentligt att patienter rutinmässigt tillfrågas huruvida journaluppgifter får översändas till den egna vårdcentralen efter besök inom länssjukvården, vilket också JO givit uttryck för i samband med försöksverksamhet inom Kalmar läns landsting.

I en akut situation kan man för att höja patientsäkerheten ha behov av vissa s.k. kritiska data ur tidigare upprättade patientjournaler.

För att underlätta journalsökningen i dylika fall är datalagring av dessa kritiska patientuppgifter en stor hjälp, rent administrativt. Att hålla dessa uppgifter tillgängliga i en *akut* situation torde också vara möjligt med nuvarande lagstiftning. Det återstår dock att lösa hur atkomsten av patientuppgifterna rent praktiskt skall kunna lösas, för att inte patientsekretessen skall äventyras.

Kalmar läns landsting ansluter sig vad gäller oron för dataregistren och deras användningsområden till utredningens uppfattning om bristande information i dessa frågor. Det är landstingets förhoppning att informationsmaterial från berörda myndigheter och vårdpersonalens information till patienterna – som en del av det utvidgade informationsansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen och tillsynslagen – skall vara tillfyllest.

Svenska läkaresällskapet konstaterar att journalutredningen ägnar stort utrymme åt regler för förstörande av journalhandling på begäran av patienten, vilket är en i praktisk sjukvård sällan förekommande åtgärd, men lämnar föga ledning för utvecklingen av datorbaserade journaler över huvudtaget. Eftersom detta är ett område med stora möjligheter både till spridning av information och till sträng begränsning av tillgängligheten, hade det varit värdefullt med en belysning av problem och möjligheter. Det kan troligen anses rimligt och önskvärt att viss väsentlig information, exempelvis om hemofili och diabetes, efter patientens samtycke finns tillgänglig på ett mycket enkelt sätt som "viktiga medicinska data". Övrig information torde kunna hanteras genom meddelandehantering efter godkännande av den

enhet som äger journalen. Man har också möjlighet att variera tillgängligheten av journalen inom den enskilda enheten och på så sätt förbättra den interna sekretessen.

MFR anför: I utredningens diskussion om den integritetsrisk som register inom hälso- och sjukvården kan innebära har nämnts hälsokontroller, patientadministrativa funktioner och forskning utan inbördes åtskillnad. *MFR* anser att det är betydelsefullt att skilja mellan de personbaserade dataregister som upprättas för forskningsändamål och de som upprättas för att vidtaga åtgärd av hälsokontrollerande, sjukvårdande eller patientadministrativ art. Forskningsregistren har till skillnad från åtgärds- eller de administrativa registren så liten integritetsrisk att den kan försummas. *MFR* ansluter sig därför till statistikutredningens förslag (SOU 1983:7) att forskningsregistren endast skall anmälas till Datainspektionen.

Sveriges läkarförbund anför: Såväl läkare som allmänhet oroas över datatekniken. Beträffande de centrala registren delar läkarförbundet journalutredningens uppfattning att dessa register är synnerligen viktiga i många avseenden, exempelvis för sjukvårdsplanering, tidig upptäckt av samband miljö- sjukdom etc. Så vitt känt har uppgifter från dessa register ej fått spridning till obehöriga personer. Förbundet delar också utredningens uppfattning att försöken med datajournaler bör fortsätta, men integritetskraven måste vara desamma som för de traditionella pappersjournalerna. Detta innebär att såväl sekretesslagen som datalagen måste följas. I huvudbetänkandet föreslås att klinikcheferna (motsvarande) ser över den s.k. inre sekretessen och stramar upp gällande rutiner kring uppgiftslämnande och att journalerna skall förvaras så att obehöriga ej får tillgång till dem.

Läkarförbundet delar utredningen uppfattning och menar att den inre sekretessen är ett klinikchefsansvar. Sjukvårdshuvudmännen bör dock ta initiativ till lämplig information i dessa frågor så att all sjukvårdspersonal blir medveten om de mycket stränga regler som härvid gäller.

HCK anser att patientregistren fyller viktiga funktioner av varierande slag i vårt komplicerade samhälle. *HCK* kan därför acceptera att de måste finnas men vill understryka att man måste ta största möjliga hänsyn till människors integritet när registren upprättas. Det är också av stor vikt att allmänheten får information om hur registren fungerar och vilken uppgift de fyller. Där behövs mycket större insatser från samhällets sida.

Verdandi instämmer också i utredningens uppfattning att det är viktigt att se över hur insamling av olika uppgifter till myndigheter går till och hur olika register med uppgifter om individer samkörs. Inte minst ur integritetssynpunkt är detta oerhört viktiga frågor för den enskilde.

Särskild verksamhetsgren

Kammarrätten i Stockholm anför följande: Under 4 i betänkandet behandlar utredningen ingående olika integritets- och sekretessfrågor.

Härvid tas bl.a. upp spörsmålet om innebörden i sekretesslagens (1980:100) begrepp självständig verksamhetsgren (1 kap. 3 § andra stycket). I betänkandet anges (bet. s 77) att begreppet bör kunna klargöras t.ex. genom ett auktoritativt uttalande i en proposition. Utredningen anser härvid att varje klinik bör ses som en självständig enhet. Socialstyrelsen hävdar däremot att hälso- och sjukvårdsverksamheten vid varje sjukhus, vårdcentral etc. är att anse som en självständig verksamhetsgren medan exempelvis den administrativa verksamheten vid ett sjukhus är en annan (jfr. bet. s 235 ff). Ett klargörande är onekligen på sin plats. Oavsett vilken tolkning som är den riktiga i fråga om gällande rätt (jfr. i sammanhanget även KU 1979/80:37 s 12 ff, särskilt s 14) talar praktiska skäl med styrka för att begreppet på hälso- och sjukvårdens område bör ha den innebörd som socialstyrelsen har gjort gällande. Ett uttalande av den art som utredningen föreslår måste emellertid betecknas som en form av lagförklaring, ett institut som inte är godtaget i svensk rätt. Det är därför inte bindande. Lämpligen kan problemet lösas genom ett tillägg till 1 kap. 3 § sekretesslagen.

Kammarrätten hälsar med tillfredsställelse utredningens förslag om åtgärder för att motverka slentrian i journalhanteringen. På en väsentlig punkt finner domstolen dock anledning förekomma till invändning. Utredningen rekommenderar (bet. s 83 f) sålunda att vid behandlingen av uppkommande sekretessfrågor en ökad användning skall ske av samtyckesprincipen, dvs. att patientens samtycke skall inhämtas i stor omfattning. Kammarrätten ställer sig skeptisk till en mera allmän användning av denna princip på just det nu aktuella området. Skall samtycke ha något värde, måste patienten få en så utförlig information att han förstår innebörden av ett medgivande. Finns det resurser till detta i ett system där läkaren inte hinner sätta signum på sina journalanteckningar och där det godtas att fem procent av journalerna varje år försvinner? Många patienter torde inte kunna ge ett meningsfullt medgivande. Över lag gäller att patienterna i den givna situationen är i ett klart underläge, vilket ofta torde göra det frivilliga samtycket till en chimär.

I denna del kan slutligen tilläggas att det är viktigt att integritetshänsyn tas inte endast vid överföring av journaler mellan avdelningar eller vid utnyttjande av uppgifter för externt bruk utan också inom den klinik där journalen finns. Problemen på detta plan torde bäst lösas genom utbildnings- och informationsinsatser på lokal nivå.

Data och offentlighetskommittén (DOK) ifrågasätter socialstyrelsens uppfattning att hela hälso- och sjukvårdsverksamheten inom en myndighet är en gemensam verksamhetsgren och att t.ex. journaler utan hinder av sekretess därför fritt kan överlämnas mellan olika kliniker på ett sjukhus.

Med hänsyn till journaluppgifternas ofta känsliga karaktär är det naturligt att varje klinik skall betraktas som en självständig enhet. För att man skall kunna tillgodose motstridiga intressen som t.ex. främjandet av vårdkvalitet och säkerhet i vården, förebyggande av sjukdomar och yttre faktorer

skadeverkningar på hälsan, krävs emellertid en lämplig avvägning. Även inom kliniken är det angeläget att vidta åtgärder för att motverka slentrian vid det dagliga journalutnyttjandet. Det är därför viktigt att klinikchefer och huvudmän tar ett betydande ansvar för att en grundläggande etik följs i journalhanteringen och för personalens inställning till sitt yrke och patienterna.

Med hänsyn till journaluppgifternas känslighet är det viktigt att man behåller en sträng sekretess inom hälso- och sjukvården. Det är då rimligt att använda sig av ett system för utlämning av journaler som, så långt det är praktiskt möjligt, bygger på patienternas uttryckliga eller tysta samtycke och respekterar deras vilja. I sammanhanget bör man komma ihåg att berepp som t.ex. frivillighet, självbestämmande, förtroende och respekt för vården var av grundläggande betydelse vid utformningen av sekretessbestämmelserna på vådområdet.

Vad gäller tolkningen av innebörden av sekretesslagens bestämmelse om sekretess mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra anser *datainspektionen* följande.

En samlad lagreglering på vådområdet har aviserats. Det är datainspektionens förhoppning att denna inte leder till ökad byråkrati. Det sätt på vilket utlämnandet av uppgifter mellan olika verksamhetsgrenar inom t.ex. landstingets verksamhet skall regleras bör i princip ytterst vara en fråga för myndigheten själv att avgöra utifrån de bedömningar som gjorts av behovet av tillgång till den kunskap om patienten som krävs för vården och bäst gagnar denna vård.

Datainspektionen finner emellertid odiskutabelt att sådana informations-system som utan egentlig prövning av behovet i det enskilda fallet regelmässigt ger tillgång till uppgifter om sammanställningar av t.ex. tidigare vårdtillfällen och diagnoser kan ge upphov till situationer som den enskilde kan uppfatta som integritetskränkande – kränkande på det sättet att känsliga uppgifter i onödan blir bekanta för vårdpersonalen utan att behovet därav har prövats och inte heller klart framgår för patienten.

Från de synpunkter datainspektionen har att beakta är alltså utredningens ståndpunkt i frågan om tolkningen av den aktuella bestämmelsen i sekretesslagen av mycket stor betydelse. Inspektionen anser att utredningens ståndpunkt i hög grad stärker den registrerades integritetsskydd och vill därför uttrycka sitt stöd för tolkningen. Inspektionen delar uppfattningen att möjligheten att inhämta patientens medgivande till ett utbyte av uppgifter bör utnyttjas i högre grad än vad som är fallet. Detta synes vara ett praktiskt sett enkelt förfarande då vården av patienten oftast förutsätter personlig kontakt mellan patienten och vårdpersonal.

Såvitt datainspektionen är bekant bygger det s.k. DASIS-projektets tankegångar på sådana principer för informationstillgänglighet som innebär att vårdpersonalen ges tillgång till översikter över samlad information om

patientens tidigare vårdtillfällen och diagnoser m.m. Särskilda behörighets- och sekretessnivåer finns inbyggda i systemet. Datainspektionen menar att en bedömning av utlämnande av uppgifter måste ske från fall till fall och att denna prövning inte går att bygga in i datasystem av detta slag trots sekretess- och behörighetsnivåer i systemet.

Datainspektionen menar därför att det med hänsyn till integritetsintresset nu bör övervägas om inte ADB-stöd inom hälso- och sjukvård skall genomföras genom försök med andra ADB-tekniska och principiella lösningar än sådana som t.ex. DASIS-projektet i detta fall ger uttryck för. Den ADB-teknik som finns att tillgå i dag är sådan att man mycket väl kan pröva andra tekniska lösningar utan att för den skull begränsa möjligheterna till informationsutlämnande mellan vårdenheter samtidigt som kraven på en prövning av utlämnadebehovet striktare kan upprätthållas i varje enskilt fall. Datainspektionen uttrycker således sitt stöd för utredningens uttalande om att datasystem måste begränsas till den lokala enheten som svarar för uppgifterna om "sina" patienter eller, om systemen täcker flera kliniker eller sjukvårdsinrättningar, innefatta sådana funktioner som gör det praktiskt möjligt att upprätthålla sekretesslagens krav på prövning av varje enskilt fall av uppgiftslämnande. I varje fall måste det på nytt övervägas vilka uppgifter som nödvändigtvis behövs vid kontakterna över klinikgränserna.

Datainspektionen vill särskilt understryka och uttala sitt stöd för utredningens uttalanden i två avseenden, nämligen vad avser dels en utökad undervisning om integritets- och sekretessfrågor till berörd vårdpersonal dels information till registrerade patienter om uppgiftslämnande till centrala statistikregister. Vad gäller frågan om allmänhetens kännedom om de centrala datasystemen återkommer inspektionen till denna nedan men vill ändå i detta sammanhang som sin mening uttrycka att en ökad kännedom hos allmänheten även beträffande landstingens patientregister och liknande personregister är eftersträvarsvärd.

HSAN kan i detta sammanhang inte ta ställning för eller emot den av journalutredningen förordade tolkningen av sekretesslagens begrepp "självständig verksamhetsgren". Med utredningens tolkning av begreppet torde det vara nödvändigt att varje klinik av sekretessskäl lägger upp en egen journal. Nämnden vill framhålla att det ur nämndens synpunkt i vissa fall är fördelaktigt att ha tillgång till en sammanhållen journal.

Ansvarsnämnden vill i detta sammanhang betona vikten av att personalen inom hälso- och sjukvården fortlöpande informeras om sekretesslagstiftningen och dess praktiska tillämpning, inte minst vid journalföring. Eftersom sekretesslagstiftningen är komplicerad torde det vara lämpligt att landstingen anordnar utbildning i sådana frågor med biträde av lämplig juridisk expertis.

Vad gäller informationsutbytet inom ett sjukhus eller en klinik delar ansvarsnämnden utredningens syn på att respekten för sekretessen behöver skärpas och biträder utredningens förslag om erforderliga åtgärder.

Socialstyrelsen anför: Bestämmelserna i sekretesslagen (1 kap. 3 §) är tillämpliga mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet, om dessa är självständiga i förhållande till varandra. Hur detta tolkas inom hälso- och sjukvården råder dock delade meningar om. Utredningen anser att varje klinik bör ses som en självständig enhet – åtminstone i journal- sekretessfrågor. Utredningen vill därmed framför allt värna om den psykiatriska vårdens ömtåliga uppgifter och den restriktiva praxis som utvecklats där hävdar, att ett lokalt klinikansvar dessutom bör kunna medföra en stramare journalhantering även på de somatiska enheterna.

Socialstyrelsen hävdar däremot att hälso- och sjukvårdsverksamheten på ett sjukhus eller en vårdcentral är att anse som en självständig verksamhetsgren, vilket innebär att journalhandlingar som behövs för att tillförsäkra patienten den vård han behöver utan hinder av sekretesslagens bestämmelser i princip får överlämnas från t.ex. en klinik till en annan på sjukhuset eller från barnhälsovården på en vårdcentral till den allmänmedicinska verksamheten på samma central. Styrelsen förutsätter därvid att det fria informationsutbytet av journaluppgifter skall vara begränsat till sådan personal som oundgängligen behöver uppgifterna för att patienten skall kunna få en god och säker vård.

Förr ingick klinik som ett fast begrepp i sjukvårdslagstiftningen, men numera har sjukvårdshuvudmännen frihet att organisera vården som de med hänsyn till ändamålet finner lämpligt. Inget hindrar t.ex. att man gör ett sjukhus av lasarettkaraktär till ett verksamhetsområde. Klinikindelning är i praktiken bara en av flera organisationsformer och det är därför inte ändamålsenligt att knyta an sekretessbestämmelserna till den. När det gäller psykiatri finns visserligen klinikbegreppet kvar i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), men även här måste den pågående strukturella och organisatoriska utvecklingen beaktas, t.ex. sektoriseringen med ett sammanhållet ansvar för all psykiatrisk vård på länsnivå inom ett avgränsat geografiskt område. En patient i sektoriserad organisation kan befinna sig än på en sluten länssjukhusavdelning för akutvård, än på ett behandlingshem, än på ett lokalt sjukhus eller en vårdcentral. Ibland är samme läkare ansvarig i de olika vårdformerna och för framtiden siktar man mot att detta skall bli en normal företeelse. Patienten kan dessutom överföras från en allmän avdelning till en sektorsövergripande enhet och vice versa. Att då när det gäller sekretessen betrakta de olika vårdformerna och enheterna som självständiga i förhållande till varandra skapar en konstlad atmosfär ur terapeutisk synpunkt. Patientens tidigare sjukdomshistora är ofta av stor vikt för bedömningen av ett aktuellt psykiatriskt tillstånd och journalen bör betraktas som ett dokument till patientens bästa med kontinuiteten i vården som främsta riktmärke. Man bör därför sträva efter att skapa en samlad journal, som följer patienten inom de olika vårdformerna inom sektorn eller till och från sektorsövergripande enheter. På de enheter inom sektorn vid vilka patienten erhållit vård bör då finnas en epikris,

upprättad vid varje avslutat vårdtillfälle. Om däremot patienten förs till en somatisk klinik eller motsvarande, bör psykiatern endast meddela den somatiskt ansvarige läkaren de uppgifter som oundgängligen behövs för den somatiska vården.

Inom den somatiska vården skulle utredningens tolkning i praktiken innebära att t.ex. en kirurgisk klinik inte skulle kunna utlämna en journal till anestesologen utan sekretessbedömning, vilket enligt socialstyrelsens mening är oacceptabelt. Problemet blir särskilt aktuellt på intensivvårdsavdelning, där snabb tillgång till journaluppgifter kan bespara patienten onödiga undersökningar och rentav vara av avgörande betydelse för patientens liv och hälsa. Om, som utredningen anser, klinikerna i egenskap av självständiga verksamhetsgrenar är att anse som myndigheter och om en klinik säger nej till ett utlämnande till en annan klinik på sjukhuset, måste den förra kliniken ge besvärshänvisning till kammarrätten och den senare få rätt att besvara sig. Detta kan inte vara rimligt.

Socialstyrelsen vill samtidigt framhålla, att den är positiv till att överenskommer om informationsutbyte träffas mellan enheter som har ett regelbundet behov av samarbete, exempelvis primärvård – länssjukvård samt till att "samtyckesprincipen" används mer i hälso- och sjukvården.

Som framgår av det som anförts ansluter sig socialstyrelsen till den tolkning av begreppet självständig verksamhetsgren, som Viking Falk gjort i ett särskilt yttrande till betänkandet. I propositionen till sekretesslagen förutsågs att tolkningen av detta begrepp skulle komma att bereda myndigheterna svårigheter i den praktiska tillämpningen. Detta har alltså besannats. Styrelsen anser därför liksom utredningen, att det är nödvändigt med ett klargörande av begreppet inom hälso- och sjukvården i författningsform eller åtminstone genom ett auktoritativt uttalande i en regeringsproposition.

Utredningens tolkning av innebörden i begreppet "självständig verksamhetsgren" i 1980 års sekretesslag är, enligt RRV:s mening, på intet sätt självklar. Basen för utredningens tolkning utgörs av en organisatorisk enhet, kliniken, som inte alltid sammanfaller med de vårdkrav som föreligger i den enskilda situationen. Den tolkning som görs i det särskilda yttrandet utgår på ett entydigt sätt från patientens behov i vårdsituationen.

Utredningens ingående behandling av sekretess- och integritetsfrågor i vårdsituationen återspeglas inte i behandlingen av de informationskrav som ställs i samband med vårdplanering, utvärdering och forskning på lokal nivå. I princip överlämnar utredningen utformningen av praxis till denna nivå. RRV anser att dessa svåra sekretess- och integritetsbedömningar borde ha diskuterats mer ingående.

Försvarets sjukvårdsstyrelse anför: Utredningen ger förslag till journallag baserad på fredsförhållanden. Dess syfte är bl.a. att stärka patientens ställning i vården. Förslag ges i sekretess- och integritetsfrågor på olika nivåer för att öka säkerheten för individen. Sekretesslagen förutsätter att

varje journalutlämnande prövas noga. I utredningen diskuteras även hur informationsöverföring av generell karaktär enligt sekretesslagen kan och får ske mellan olika myndigheter. I fredstid krävs inom försvarsmakten informationsutbyte på olika nivåer för rätt placering av den värnpliktige i utbildningen. Exempelvis måste journalhandlingar över de läkarundersökningar som värnpliktsverket genomför, och som ligger till grund för placering i utbildningen, utan individuell sekretessprövning kunna översändas till respektive förband. Likaså krävs inom förbandssjukvården av samma orsak ett informationsutbyte mellan regementsläkarna (motsv.) när den värnpliktige av olika skäl byter förband.

Dessa exempel visar på svårigheter för försvarsmakten att följa sekretesslagens intentioner. Försvarets sjukvårdsstyrelse föreslår därför att förutom socialstyrelsen och skolöverstyrelsen även försvarets sjukvårdsstyrelse hos regeringen kan begära att de rättsliga förutsättningarna anpassas till sekretesslagen.

Värnpliktsverket framför följande: I sekretesslagen har uppgifter inom hälso- och sjukvården försetts med synnerligen stark sekretess främst ägnad att värna om den personliga integriteten, vilket är vällovligt.

1980 års lag har dock inte undantagslöst varit av godo. Inte sällan torde osäkerhet om hur lagens bestämmelser skall tolkas och tillämpas ha förorsakat problem inom olika verksamhetsområden. Värnpliktsverket biträder följaktligen journalutredningens förslag om ett klarläggande besked från statsmakternas sida angående vad som i sekretesslagen skall förstås med "självständiga verksamhetsgrenar". Den verksamhet som bedrivs vid värnpliktsverket nödvändiggör, såsom tidigare har nämnts, ett regelbundet utväxlande av journalhandlingar mellan i första hand centrala läkarhandlingsarkivet, värnpliktskontoren och förbanden men även med andra myndigheter inom försvarsmakten. För utlämnande av journalhandlingar till en del av dessa myndigheter krävs vanligtvis uttrycklig samtycke av den som handlingarna rör. I vissa fall sker utlämnande med stöd i författning. I andra fall åter är den rättsliga grunden för den rutinmässigt förekommande utbytet av journalhandlingar mer oklar.

Om ett förtydligande av innebörden av bestämmelsen i 1 kap. 3 § 2 st sekretesslagen skulle få till konsekvens att utväxlande av medicinska uppgifter mellan försvarets myndigheter skulle försvåras på ett orimligt sätt, efterlyses jämväl en föreskrift i lag eller förordning som möjliggör ett dylikt informationsutbyte.

I detta sammanhang bör eljest nämnas att värnpliktsverkets hantering av journalhandlingar ur sekretessynpunkt äger rum under betryggande förhållanden. Vad slutligen gäller externa myndigheters begäran om att få ta del av journalhandlingar föregås varje utlämnande av en särskild sekretessprövning för så vitt skyldighet att utlämna sådana handlingar inte följer av någon författningsföreskrift.

UHÄ anför: Journalutredningen har pekat på den oklarhet som råder om

begreppet "självständig verksamhet" i sekretesslagen och har uttryckt som sin uppfattning att varje klinik bör ses som en självständig enhet åtminstone i journal- och sekretessfrågor. Problemet med den konstruktionen framstår klart vid tanke på att den numera vedertagna principen om en helhetssyn på patientens förhållanden medför ökat behov av informationsutbyte. Universitetet i Umeå har bl.a. framhållit risken för rutinmässigt tänjande av bestämmelserna och ökade svårigheter för klinisk forskning med en begränsning till varje klinik. Utredningen har påpekat att det framför allt är i kontaktytorna mellan psykiatrisk vård, somatisk sjukhusvård och primärvård som det kan förekomma informationsutbyten som patienten kan uppfatta som integritetskränkande. Universitetet i Umeå har mot den bakgrunden funnit det naturligt att föreslå att dessa tre vårdformer betraktas som självständiga enheter ur sekretessynpunkt. En strikt sekretessprövning skulle då göras vid informationsutbyte mellan dessa tre enheter men vara fritt inom varje enhet.

Spri ansluter sig i huvudsak till utredningens tolkning av sekretesslagen. Med hänsyn till den osäkerhet som enligt *Spris* erfarenhet råder bland sjukvårdens anställda om tillämpningen av lagen är det angeläget att den kompletteras med praktiskt vägledande föreskrifter.

Journalutredningen framhåller, att det rutinmässiga informationsutbytet i sjukvården i sin praktiska tillämpning strider mot grundläggande principer i sekretesslagen. Rutinerna måste enligt utredningen läggas om så att de innefattar ett sekretessprövningsmoment. Utredningen föreslår dessutom att utlämnande av journal normalt grundas på patientens samtycke. Förslag ges på hur en sådan lösning i vissa situationer kan utformas som en formell samarbetsöverenskommelse. Journalutredningen anser det också nödvändigt, att begreppet självständig verksamhetsgren i sekretesslagen snarast klarläggs och för fram den egna uppfattningen att varje klinik bör ses som en "självständig verksamhetsgren". *Spri* vill här anföra följande: Patientens informerade samtycke bör som regel kunna inhämtas naturligt integrerat i de samtal med patienten om val av vård och behandling som vårdgivaren är skyldig att genomföra enligt 3 § HSL. I den följande vården av patienten kan därefter samtycke presumeras vid utlämnande av journalhandlingar mellan aktuella vårdgivare, såvida det inte kan misstänkas att patienten skulle lida men av utlämnandet. Patienten har alltid möjlighet att ompröva sitt samtycke.

Ett särskilt problem är hur aktuell vårdgivare skall kunna få vetskap om och smidigt inhämta adekvat information om patienten från tidigare vårdtillfällen utan att bryta mot sekretesslagen.

Utredningens förslag om samarbetsöverenskommelse med förhandsprövning bör åtminstone delvis lösa detta problem. *Spri* föreslår att sådana lösningar aktivt prövas.

Det föreligger uppenbara svårigheter att inom hälso- och sjukvården tolka begreppet självständig verksamhetsgren så att det överensstämmer med

sekretesslagens syfte. Spri anser att detta begrepp inte en gång för alla kan definieras utan måste tolkas utifrån lokalt gällande organisations- och ansvarsstruktur (kliniknivå eller motsvarande).

Arbetsarkyddstyrelsen framhåller att företagshälsovården regleras genom avtal mellan arbetsmarknadens parter och är, fränsett den kommunalt drivna, en privat medicinsk verksamhet. Ur sekretesssynvinkel gäller alltså tillsynslagen.

Inom företagshälsovården arbetar man i "team". Eftersom flera olika yrkeskategorier är representerade måste ett fritt kommunikationsutbyte få förekomma, i varje fall vad som gäller inte direkt individrelaterbara uppgifter. Gränsen mot individrelaterbara uppgifter kan emellertid vara svår att dra särskilt på små arbetsenheter. Styrelsen hade för sin del gärna sett ett uttalande av innebörd, att hela företagshälsovärdsverksamheten utgör "en självständig verksamhetsgren". Lösningen, som antyds, nämligen att muntliga upplysningar skulle få fritt utbytas inom teamet, medan tillgången till skriftlig dokumentation begränsas teammedlemmar emellan, syns styrelsen principiellt betänkligh och vid datoranvändning praktiskt omständlig.

Landstingsförbundet framhåller följande: Inom hälso- och sjukvården råder en mycket sträng sekretess. Informationsutbytet inom den offentliga vården regleras av tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen medan sekretessfrågorna inom privat vårdverksamhet regleras genom den s.k. tillsynslagen. Patientens integritets- och rättssäkerhetsbehov måste tryggas oavsett om vården sker i privat eller offentlig regi. Det principiella förbudet att inom den offentliga vården röja personliga uppgifter om patienter gäller såväl gentemot enskilda som mellan myndigheter är också tillämpliga på förhållandet mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet, om dessa är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra. Som utredningen visar har det förekommit skilda uppfattningar om hur denna regel skall tolkas när den anpassas till olika situationer inom hälso- och sjukvården. Journalutredningen ser det som angeläget att nå klarhet i vad som avses med begreppet självständig verksamhetsgren. Utredaren ser för egen del kliniken (motsvarande) som självständig enhet. I ett särskilt yttrande redovisar socialstyrelsens representant sin tolkning att begreppet särskild verksamhetsgren avser hälso- och sjukvårdsverksamheten vid ett sjukhus, vårdcentral etc.

Förbundsstyrelsen har tidigare i olika sammanhang pekat på oklarheter och brister i sekretesslagstiftningen just med avseende på hälso- och sjukvården. sekretessbestämmelserna är skrivna för att passa in på hela den offentliga verksamheten. De har däremot i många fall visat sig mindre lämpade för tillämpning inom hälso- och sjukvården, vilket också vid flera tillfällen efter sekretesslagens tillkomst nödvändiggjort förtydliganden och kompletteringar. Styrelsen vill i anslutning härtill erinra om att Landstingsförbundet i ett remissyttande till justitiedepartementet över promemorian (DS Ju 1981:17), Sekretesskydd och informationsbehov, uttalat sig för en

fristående reglering av sekretessen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den oklarhet som framkommer när det gäller det centrala begreppet "självständig verksamhetsgren" visar att det alltså finns behov av förtydligande. Ett klarläggande av vad som i detta hänseende skall anses gälla i fråga om informationsutbytet mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården måste självfallet ta sin utgångspunkt i behovet att skydda den enskilda patientens integritet. Samtidigt är det angeläget att slå fast att detta behov inte får övervärderas. Sjukvården måste ha möjligheter att meddela god vård i de praktiska vårdagssituationerna. En smidig hantering i verksamheten förutsätter en vidare tolkning av begreppet än "klinik".

Stockholms läns landsting anför: Enligt gällande sekretessbestämmelser råder dels sekretess mellan myndigheter och dels sekretess mellan "självständiga verksamhetsgrenar" inom en och samma myndighet. Vad gäller myndighetsbegreppet anser landstinget att hälso- och sjukvårdsverksamheten inom varje sjukvårdsområde ur sekretesssynpunkt är att betrakta som en myndighet. När det sedan är fråga om tolkningen av begreppet särskild verksamhetsgren råder, vilket också utredningen påpekar, stor oklarhet. Utredningen har i och för sig tagit ställning i frågan när det gäller hälso- och sjukvård, men ställningstagandet har inte resulterat i någon lagparagraf.

Enligt utredningen utgör varje klinik "den organisatoriska kärnan vid diskussioner i olika sekretessfrågor" dvs. varje klinik bör ses som en självständig verksamhetsgren. Sekretesslagens regler bör således enligt utredningen gälla inte bara vid kontakter mellan olika sjukvårdsinrättningar utan även mellan olika kliniker inom samma sjukvårdsinrättning.

Landstinget anser inte att de praktiska konsekvenserna av utredningens tolkning av begreppet självständig verksamhetsgren är godtagbara. Det är emellertid enligt landstinget uppfattning angeläget att vilken tolkning av begreppet självständig verksamhetsgren man bestämmer sig för beträffande hälso- och sjukvården det kommer till klart uttryck genom lagstiftning. Landstinget föreslår därför att det genom en särskild bestämmelse i sekretesslagen klarläggs vilken innebörd begreppet självständig verksamhetsgren skall ha när det gäller hälso- och sjukvård.

Östergötlands läns landsting framhåller att grundläggande för hanterandet av alla journalhandlingar skall vara bestämmelserna om sekretess. Landstinget är tveksamt till att man inskränker sig till att ge en mera trång definition än tidigare av begreppet myndighet. I stället är det av största vikt att rutinerna för hantering av journaler stramas upp och tillämpas fullt ut. Landstinget instämmer i att man genom informations- och utbildningsinsatser måste motverka den slentrian som kan sprida sig beträffande förvaring av journaler och när det gäller vilka personer som behöver ha tillgång till information i olika avscenden. En bestämmelse av det tilltänkta slaget riskerar att påverka organisationstänkandet på ett sätt som inte utredningen kan ha avsett.

Malmö kommun anser att utredningen på ett förtjänstfullt sätt har

definierat och avgränsat journalbegreppet. Stort utrymme har därvid ägnats åt att analysera den konfliktsituation som kan uppkomma mellan patientens berättigade krav på en god och säker sjuk- och hälsovård respektive patientens önskan om bibehållen sekretess/integritet. Journalutredningen har sett som en av sina viktigaste uppgifter att peka på de problem och konflikter som kan uppstå i ett så komplicerat och känsligt system som journalhanteringen utgör i dag. Målsättningen med journalföring och journalhantering är dock i första hand att tillförsäkra patienten en god och säker sjukvård. Detta kräver i många fall öppna informationskanaler innebärande ett fritt informationsbyte mellan såväl enskilda kliniker som enskilda sjukvårdsenheter. Detta innebär att medicinska skäl gör det nödvändigt att kunna utväxla journaler med hänsyn till vårdaspekten. Sjukvårdsstyrelsen ansluter sig således i detta hänseende till det särskilda yttrandet av Viking Falk, liksom vad avser tolkningen av begreppet självständig verksamhetsgren.

Samtidigt måste man vara observant på att den moderna hälso- och sjukvården har blivit så komplicerad, specialiserad och informationsintensiv att klara risker föreligger för en avtrubning av personalens respekt för journaluppgifternas personliga karaktär. En förbättring av integritetsskyddet i detta hänseende är därför nödvändig och det torde ankomma på klinikcheferna att utfärda direktiv som tillfredsställer integritetsaspekten. I sådana direktiv skall ingå ett krav på att journalmaterial aldrig lämnas ut utan att adekvata skäl för utlämnandet föreligger. Ur patientsäkerhetens synpunkt är det viktigaste av detta skäl att patienten söker vård hos någon vårdgivare i akut eller elektivt skede. I denna situation måste ur medicinsk synpunkt informationsflödet bibehållas fritt. I andra situationer måste starka begränsningar genomföras och i flertalet av dessa torde patientens tillstånd till utlämnande komma att behövas.

Kristianstads läns landsting anför följande: Många situationer kan inträffa där patienten inte är i sådant skick att samtycke kan inhämtas, exempelvis svårt sjuk, senil, medvetlös. En prövning enligt sekretesslagen kan i sådana fall bli hämmande. Vid en närmare analys av konsekvenserna av det förslag som journalutredningen framför, förefaller detta inte vara realistiskt och kan innebära praktiska svårigheter med risk för negativa medicinska konsekvenser.

Förslaget att varje sjukhus istället skall utgöra självständig verksamhetsgren förefaller därför bättre och mera realistiskt. Det bör inte heller innebära att sekretesskraven eller patientens integritet äventyras om samtidigt alltid en kritisk granskning sker innan uppgifter inhämtas från andra kliniker. Det åligger läkare med medicinskt ledningsansvar att se till att personalen inte handskas slentrianmässigt med journalerna eller innehållet i dessa.

Södermanlands läns landsting framhåller följande: Inom utredningen har särskilt patientintegriteten tilldragit sig stort intresse. En bärande tanke i journalutredningens arbete har varit, att i högre grad än hittills tillgodose

patienternas intressen i journalföringen. Detta ser utskottet som positivt. Journalutredningen konstaterar allmänt, att olika önskemål beträffande journalanvändningen ibland kommer i konflikt med varandra. Målet om en säker vård förutsätter t.ex. så öppna informationskanaler som möjligt, vilket dock medför att patientens personliga förhållanden blir kända i en vidare krets. Detta märks särskilt tydligt när utredningen tar upp sekretesslagens förvaltningsbegrepp om vad som skall anses som förvaltning eller enhet. I socialstyrelsen råd och anvisningar har detta tolkats som sjukhus, vårdcentral etc. Praxis, åtminstone inom vårt landsting, har varit och är att när det gäller journaler för den somatiska vården har t.ex. sjukhuset ansetts som en enhet. Denna tolkning anser vi som nödvändig för att tillgodose ett effektivt informationsflöde till förmån för helhetssyn och kontinuitet och någorlunda snabbhet i patienthanteringen. Detta bedöms på alla vårdnivåer som en nödvändighet i omsorgen om patienten. Utredningens förslag att i lag besluta om synnerligen snäva förvaltningsgränser där kliniken vore enheten skulle skapa mycket stora problem i verksamheten där patientvården skulle försvåras i många situationer. Psykiatriska journaler bör dock alltid bli föremål för särskild sekretessbedömning.

Ett fördröjt informationsflöde med de konsekvenser som detta förväntas medföra i patientomhändertagandet kommer också att få ekonomiska konsekvenser. Längre behandlingstider, ökade väntetider, ökad provtagning m.m. kan bli effekten.

När de gäller sekretessen/patientintegritet vill förvaltningsutskottet också fästa uppmärksamheten på primärvårdens samverkan med primärkommunernas sociala sektor. Den planerade gemensamma verksamheten när det gäller t.ex. hemsjukvården och dess framtida inriktning, där två skilda förvaltningar ska samverka, borde på något sätt beaktas. Även psykiatrins omvandling mot öppnare vårdformer förutsätter ett nära samarbete med andra vårdgivare, framför allt socialtjänsten. En översyn där hänsyn tas till såväl patientens integritet som till att verksamheten skall fungera på ett enkelt och funktionellt sätt vore önskvärt.

Göteborgs och Bohus läns landsting anser att informationsutbytet och samarbetet mellan kliniker inom samma institution och i framtiden med primärvården (genom tillgång av ny teknik) bör med helhetssynen på patienten och med patientens bästa som mål ske utan konstruerade spärarr.

Sjukvårdshuvudmän planerar för/inför redan datorstöd i journalhanteringen. ADB-teknikens styrka ligger bl.a. i snabb och effektiv informationsöverföring inom och mellan kliniker och vårdcentraler. Med konstruerade spärarr i verksamheten upplevs införandet av ny teknik närmast som resursslöseri.

Förvaltningsutskottet anser att när information från annan klinik behövs för att nå ett gott vårdresultat ska detta vara möjligt utan byråkratiskt krångel. Det är därför utomordentligt viktigt att samtliga anställda får

information och utbildning i god journaletik, så att personalens respekt för *journalhandlingarnas högst personliga karaktär inte avtrubbas*. Det ska klart framgå (med t.ex. behörighetskod) vilka personalgrupper som för vårdarbetet ska ha tillgång till journalinformation. Journalhandlingar ska inte flyta omkring utan de ska förvaras så att de ej är åtkomliga för vem som helst, t.ex. i ett låst rum på mottagningen, dit endast behörig personal har tillträde. En dylik journalförvaring underlättar dessutom avsevärt personalens arbete.

Förvaltningsutskottet anser liksom journalutredningen det värdefullt med ett auktoritativt klarläggande i exempelvis en regeringsproposition av begreppet "självständig verksamhetsgren" i sekretesslagen. Förvaltningsutskottet stöder därvid socialstyrelsens förslag.

Alternativt föreslår förvaltningsutskottet att sjukvårdshuvudmännen för sig får delegation att inom givna ramar fastställa vad begreppet "självständig verksamhetsgren" ska omfatta.

Örebro läns landsting framhåller följande: Avgörande för inställningen i frågor rörande sekretess och integritet är innebörden av det omdiskuteade begreppet "självständig verksamhetsgren". Ett definitivt klargörande av om "självständig verksamhetsgren" i enlighet med betänkandet innebär den enskilda kliniken eller vårdcentralen, eller om det i likhet med socialstyrelsens tolkning innebär hälso- och sjukvårdsverksamheten vid varje sjukhus är nödvändigt.

Inom Örebro läns landsting är frågan av speciell betydelse, eftersom så kallad enhetsjournal förs inom en del av landstingsområdet vid Karlskoga lasarett.

Inom Örebro läns landsting har olika synsätt framkommit vad avser begreppet "självständig verksamhetsgren". Stöd för den av socialstyrelsen genom särskilt yttrande av Viking Falk företrädde linjen dominerar, varvid utskottet kan konstatera att även detta förslag innebär hinder för utlämnande av journalhandling i oträngt mål. Från flera håll påpekas att sjukhuset, inklusive patientens primärvårdsdistrikt, bör betraktas som basenhet. Om däremot en klinik eller vårdcentral, i enlighet med utredningens synsätt, utgör basenhet befaras försämrad vård till följd av att viktigt informationsutbyte kan försenas och t.o.m. hindras på grund av "byråkratiskt krångel" vid sekretessprövningen.

Kronobergs läns landsting framför följande synpunkter: Journalutredningen anser att begreppet självständig verksamhetsgren i sekretesslagen behöver klargöras t.ex. genom ett auktoritativt uttalande i en regeringsproposition. Utredningens egen uppfattning är att varje klinik bör ses som en självständig enhet när det gäller utlämnande av journaler. Landstinget instämmer i att ett klarläggande behövs inte minst mot bakgrunden av datautvecklingen.

Det kommer att öka byråkratiseringen om allt skall sekretessprövas som gäller utbyte mellan klinikerna inom ett sjukhus. Dessutom kan noteras att den som har hand om journaluppgifterna alltid – om han finner det motiverat

– har möjlighet att vägra lämna ut begärda uppgifter utan föregående sekretessprövning t.ex. inom psykiatrisk vård. Om varje klinik är en självständig verksamhetsgren, hur ska en för sjukhuset gemensam akutmottagning klassificeras i förhållande till klinikerna?

Varje vårdcentral är en självständig verksamhetsgren. Om detta råder inte delade meningar. I utredningen diskuteras dock inte hur en jourläkarcentral som kan ligga antingen fristående eller ingå som en del i sjukhusets akutmottagning förhåller sig till vårdcentralerna. På denna punkt är också önskvärt med ett klarläggande, eftersom kopia på journalanteckningen skickas enligt rutin till patientens vårdcentral.

Kopparbergs läns landsting anser att utredningens uppfattning att sekretesslagens begrepp "självständig verksamhetsgren" skall knytas till det administrativa begreppet klinik kan diskuteras. En journalsekretess mellan klinikerna skulle säker ha en del positiva sidor, bland annat skulle känslan för sekretess klart förbättras och patientens integritetsskydd öka. Landstinget stöder utredningens uppfattning att det är nödvändigt att begreppet "självständig verksamhetsgren" i sekretesslagen snarast klarläggs.

Om utredningens uppfattning om inre sekretess skall tillämpas kommer det dock att medföra behov av omorganisering av delar av journalhanteringen, vilket medför ökade kostnader.

Skaraborgs läns landsting anför: Vad utredningen framför angående tillämpningen av sekretesslagen anser utskottet vara mycket väsentligt. Om sekretessen skall få någon praktisk betydelse måste en begränsning ske av den enhet inom vilken sekretessbelagda uppgifter får spridas.

Utredningens betoning av att samtycke bör inhämtas i större omfattning anser utskottet i och för sig riktig och står i överensstämmelse med den betoning man i allmänhet gjort av vikten av patientens medverkan i och samtycke till vården. Utredningens tolkning av sekretesslagen kan emellertid komma att missuppfattas, så att kravet är att samtycke alltid skall erfordras.

Det principiella förbudet att inom den offentliga vården röja personliga uppgifter om patienter gäller såväl gentemot enskilda som mellan myndigheter. Bestämmelserna om sekretess mellan myndigheter är också tillämpliga på förhållandet mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet, om dessa är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra. Som utredningen visar har det förekommit skilda uppfattningar om hur denna regel skall tolkas när den anpassas till olika situationer inom hälso- och sjukvården. Journalutredningen ser det som angeläget att nå klarhet i vad som avses med begreppet självständig verksamhetsgren. Utredningen ser för egen del kliniken (motsvarande) som självständig enhet. I ett särskilt yttrande redovisar socialstyrelsens representant sin tolkning att begreppet särskild verksamhetsgren avser hälso- och sjukvårdsverksamheten vid ett sjukhus, vårdcentral etc.

Sekretessbestämmelserna har i många fall visat sig mindre lämpade för

tillämpning inom hälso- och sjukvården, vilket också vid flera tillfällen efter sekretesslagens tillkomst nödvändiggjort förtydliganden och kompletteringar. Den oklarhet som framkommer när det gäller det centrala begreppet "självständig verksamhetsgren" visar att det alltså finns behov av förtydligande. Ett klarläggande av vad som i detta hänseende skall anges gälla i fråga om informationsutbytet mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården måste självfallet ta sin utgångspunkt i behovet att skydda den enskilda patientens integritet. Samtidigt är det angeläget att slå fast att detta behov inte får övervärderas. Sjukvården måste ha möjligheter att meddela god vård i de praktiska vardagssituationerna. En smidig hantering i verksamheten förutsätter en vidare tolkning av begreppet än "klinik".

Vidare bör man ytterligare överväga hur sekretesslagen skall tillämpas inom primärvården. Det är inte självklart att en vårdcentral utgör den enhet inom vilken sekretessbelagda uppgifter får spridas. Mellan mödrahälsövård, barnhälsövård och skolhälsövård sker idag en informationsöverföring av journaluppgifter. Utredningen riktar kritik mot denna informationsöverföring från integritetssynpunkt. Nuvarande ordning kan behöva ses över men det måste betonas att behovet av att viktiga uppgifter om barnets hälsa kan föras vidare från barnhälsövård till skolhälsövård.

Värmlands läns landsting anför: Landstinget ser det som nödvändigt att patientsekretessen förbättras men inte på det sätt som utredningen i första hand förespråkar. En uppstramning av sekretessen bör i stället ske genom det äläggande som klinikcheferna (eller motsvarande) föreslås erhålla samt förbättrade rutiner m.m. vid all journalhantering.

En utökad patientsekretess måste ske på sådant sätt att vården av patienten inte försämras jämfört med nuvarande förhållande. Värmlands läns landsting bedömer att om utredningens förslag beträffande begreppet "självständig verksamhetsgren" skall utgöras av varje klinik kommer detta med stor sannolikhet att medföra ökad byråkratisering, ökade kostnader, tidsförluster och ibland risker för patienten. Landstinget avstyrker därför utredningsförslaget beträffande klinik som "självständig verksamhetsgren".

Utlämnande av journaler mellan självständiga enheter bör som regel godkännas av ansvarig klinikchef. Hanteringen av känsliga uppgifter som finns i exempelvis gynekologi- och psykiatrijournaler bör, som praxis utvecklats, ske mer restriktivt. Om en journal innehåller känsliga uppgifter bör huvudregeln vara att patientens medgivande inhämtas innan utlämnandet av journaluppgifter äger rum.

Automatiskt översändande av kopior mellan olika enheter och vårdtyper skall över huvud taget inte förkomma dels ur sekretesssynpunkt och dels ur arkiveringssynpunkt. Exempel på detta är när kopior på samtliga epikriser skickas från slutet till öppen vård.

Beträffande information på ADB kontra konventionella informationsbärare skall helt naturligt samma regler i fråga om säkerhet och sekretess

gälla. Det medium som informationen bevaras på får inte vara avgörande. Det är viktigt att inte rent administrativa system förs samman och lagras med medicinsk information i minnen. Oöverkomliga brister i säkerhet och hot mot den enskilde individens integritet kan lätt bli följden. Vid uppbyggande av olika system måste lösningar väljas som eliminerar sådana risker. ADB måste även inom sjukvården anses som ett utomordentligt bra hjälpmedel när det används rätt.

Västmanlands läns landsting delar journalutredningens ambition att stärka patientens integritetsskydd och att en sekretessprövning skall ske vid utbyte av information mellan olika sjukvårdsenheter. Att som utredningen föreslår i vajre utlämningsituation inhämta patientens medgivande finner däremot Landstinget ogörligt. Att patienten ger generellt medgivande, exempelvis genom en fullmakt, synes kränka 14 kap. 4 § SekrL. Svårigheten att inhämta svårt sjukas eller starkt åldrade patienters medgivande är också uppenbar.

Landstinget anser vidare att utredningens tolkning av 1 kap. 3 § SekrL, att kliniker även inom samma vårdinstitution skall betraktas som självständiga enheter är alltför snäv. Det finns behov av förtydligande av begreppet "självständig verksamhetsgren" och hur det oftast nödvändiga informationsutbytet mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården – med beaktande av den enskilde patientens integritet – skall få ske. HSN är t.ex. angelägna om att de nya reglerna inte onödigtvis försvårar eller omöjliggör ett fortsatt och t.o.m. önskvärt utökat samarbete mellan slutenvården, primärvården, mödrahälsovården, barnhälsovården och skolhälsovården. En smidig handläggning synes kräva en vidare/annan tolkning av begreppet "klinik". Man skulle t.ex. önskat en analys av begreppet verksamhetsområde i relation till aktuell sjukdom.

HSN finner att sekretesslagen bör tillförsäkra patienten ett betryggande integritetsskydd. Den av utredningen anbefallda ordningen skulle, utan att väsentligen stärka integriteten, byråkratisera och försinka vårdarbetet. Formerna för sekretessprövning får inte omöjliggöra en lovvärd utveckling mot enhetsjournal vid institutioner där en dylik ger avgjorda rationella fördelar. När vården gagnas må läkare införa anteckningar i journalen om tredje man.

Västernorrlands läns landsting anser i likhet med utredningen att sekretessen inom hälso- och sjukvården måste garanteras även med nuvarande utveckling mot integrerande informationssystem. De olika förslag som utredningen lämnar är emellertid inte invändningsfria. När det gäller den inre sekretessen – vid en vårdcentral eller klinik – är det inte korrekt att enbart den behandlingsansvarige har anledning att använda journalen. Vid vårdcentraler har t.ex. sjuksköterskor och andra vid bl.a. telefonrådgivning behov av att konsultera journalen, inte minst för att kunna fatta korrekta beslut om eventuella åtgärder. Motsvarande resonemang kan även föras beträffande slutenvård där omvårdnaden ofta sker i vårdlagsform.

Enligt förvaltningsutskottet torde påtalade sekretessproblem i själva verket sällan uppträda i den konkreta värden utan snarare under "hanteringen" av informationen. Journalen eller delar därav förvaras ofta under iordningsställandet på olika platser t.ex. skrivcentralen, läkarnas arbetsrum, i dennes hem o.s.v. utan egentlig hänsyn till sekretesskraven.

Utredningens tolkning av sekretesslagen vad gäller externt informationsutbyte överensstämmer heller inte med utskottets uppfattning. Förslaget att klinik likställs med självständig verksamhetsgren ger sannolikt inte den eftersträlvande effekten – ett ökat sekretesskydd. De synpunkter som Viking Falk framför i sin reservation till utredningen pekar klart på vilka svårigheter som kan uppstå. Det finns all anledning att ifragasätta resultatet av det föreslagna förfarandet eftersom patienten förutsätts samtycka till utnyttjandet av en journal vars innehåll han inte känner. Förvaltningsutskottets förslag är att sjukhuset i dess helhet får utgöra en "självständig verksamhetsgren".

Sammanfattningsvis anser förvaltningsutskottet att utredningens förslag i syfte att förbättra sekretessen är lovårda men att de borde kompletteras med synpunkter på bl.a. hanteringen av journaler. Vidare bör tolkningen av "självständig verksamhetsgren" inte vara snåvt begrånsad till klinik utan istället avse sjukhuset i dess helhet.

Norrbottens läns landsting kan inte utan vidare stålla sig bakom utredningens tolkning.

Utifrån denna tolkning rekommenderar utredningen att rutiner för utbyte av information om enskilda patienter mellan kliniker (motsvarande) – åven inom ett sjukhus – skall baseras på patientens uttryckliga samtycke. Detta skall inhåmtas genom en muntlig förfrågan under vårdtillfåellet. Om en sådan åtgård i praktiken skall fungera som ett reellt integritetsskydd kråvs enligt hälso- och sjukvårdens mening att patienten har full kånnedom om vilka uppgifter som finns samlade i journalhandlingarna, till vem informationen lämnas och om han/hon eller nárstående i så fall "lider men" av att informationen lämnas ut. I praktiken måste patienten ofta sakna möjligheter att göra en så heltåckande bedömning, varför rekommendationens djupare innebörd lätt kan bli ett slag i luften.

Den av utredningen rekommenderade tolkningen av begreppet "självständig verksamhetsgren" kan således få praktiska konsekvenser vad gäller sjukvårdens informationsrutiner. Den är heller inte invåndsningfri eftersom alternativa tolkningar av sekretesslagen i detta avseende är möjliga. Hålso- och sjukvårdsnåmnden delar därför utredningens åsikt om nödvåndigheten av att denna tolkningsfråga snarast klarläggs.

Kalmar läns landsting anfår följande: På senare år har utvecklingen av hälso- och sjukvården fått en åndrad inriktning genom bl.a. utbyggnaden av primårvården och den öppna psykiatriska vården. Detta innebär flera sjukvårdsenheter och därmed risker för att journaluppgifter slentrianmåssigt kan få en onödigt stor spridning. Landstinget delar journalutredningens

uppfattning att varje klinik och vårdcentral är att betrakta som en självständig verksamhetsgren och därmed en myndighet i sekretesslagens mening.

När fråga är om utlämnande av journal eller journaluppgift som information skall i princip patientens samtycke alltid inhämtas eller en särskild sekretessprövning göras. Ett lokalt klinikansvar för en kliniks egna journaler – som utredningen föreslår – skulle också leda till en stramare journalhantering överlag.

Landstinget anser det följaktligen viktigt att patienternas integritetsintressen så långt möjligt garanteras. Patienternas tilltro till vården och dess personal kommer då också att öka. Detta är viktigt inte minst i en tid då utvecklingen går mot mer generella och systematiska system för överföring av information. Landstinget anser i likhet med journalutredningen att försöken med datajournaler bör fortsätta under förutsättning att integritets- och sekretessfrågorna får en tillfredsställande lösning.

Malmöhus läns landsting anser vad utredningen framför angående tillämpningen av sekretesslagen anser vara mycket väsentligt. Om sekretessen skall få någon praktisk betydelse är det självklart att kliniken eller motsvarande måste anses som självständig enhet i fråga om utlämnande av journaluppgifter. Sjukvårdsdistriktet eller hela sjukhuset med kanske 3 000 – 8 000 anställda kan rimligen inte utgöra sådan enhet inom vilken sekretessbelagda uppgifter får spridas.

Utredningens betoning av att samtycke bör inhämtas i större omfattning anser utskottet i och för sig riktig och står i överensstämmelse med den betoning man i allmänhet gjort av vikten av patientens medverkan i och samtycke till vården. Utredningens tolkning av sekretesslagen kan emellertid komma att missuppfattas, så att kravet är att samtycke alltid skall erfordras. Utredningens resonemang måste lösas mot bakgrund av övriga regler i sekretesslagen. Detta medför att utredningens tolkning kommer att medföra en skärpning av sekretessen mellan primärvård och slutenvård, vilket utskottet inte ser som ett problem.

Däremot kommer utredningens tolkning inte att medföra att ett medicinskt berättigat informationsöverförande mellan kliniker kommer att försvåras eftersom detta i huvudsak sker efter sedvanlig menprövning eller med stöd av 1 kap 5 § i sekretesslagen.

Vidare bör man överväga hur sekretesslagen skall tillämpas inom en primärvårdsenhet. Det är inte självklart att t.ex. en hel vårdcentral utgör den enhet inom vilken sekretessbelagda uppgifter får spridas. Arbetar man i vardag synes det som om vårdlaget bör utgöra självständig enhet i sekretesslagens mening.

Göteborgs och Bohus läns landsting är medvetet om att utredningens synsätt kommer att medföra praktiska svårigheter i informationsutbytet mellan klinikerna. Med hänsyn till den stora vikt som utskottet fäster vid sekretessfrågorna tillstyrks journalutredningens förslag till tolkning av

begreppet "självständig verksamhetsgren".

Förvaltningsutskottet delar journalutredningens förslag om att klinikchefer eller liknande skall vidta åtgärder för att motverka slentrian vid det dagliga journalutnyttjandet samt att det inom ramen för huvudmannens internutbildningsaktiviteter bör genomföras informationsinsatser kring journalhanteringen.

Älvsborgs läns landsting finner det tillfredsställande att utredningen fastställer att det är kliniken/motsvarande som skall betraktas som "självständig verksamhetsgren" inom hälso- och sjukvården.

Fran verksamhetens sida vill man i detta sammanhang också understryka vikten av utbildning i journalföring och journaletik. Både under grundutbildning i olika vardyrken och i samband med olika interna utbildningar, bör patientintegritet och hantering av journaluppgifter behandlas.

Det förekommer idag att journaler kopieras eller lånas ut, utan att ändamålet härmed anges i rekvisitionen. Skulle det föreskrivas, att vid rekvisitionen måste anges anledningen till journallån, kan det upplevas som byråkratiskt, men rutinen skulle onekligen höja sekretesskyddet för patientjournalen. Utredningens förslag till kontrakt för sekretessprövning mellan samverkande kliniker borde nedbringa det byråkratiska krånglet i rutinärenden.

Utredningens förslag att i journalen notera vart journalkopia sändes är ur integritetssynpunkt väsentligt, speciellt med tanke på patientens möjlighet att få journalen förstörd.

Västerbottens läns landsting ansluter sig till utredningens ståndpunkt att varje klinik, vårdcentral skall betraktas som självständig enhet, vilket ger ett bättre integritetsskydd för patienten än om hela hälso- och sjukvårdsverksamheten vid varje sjukhus betraktas som självständig verksamhetsgren.

RFSL vill uppmärksamma den problematik som hänger samman med det som journalutredningen kallar för den inre sekretessen.

När det gäller sjukdomen AIDS har bl.a. föreslagits att de prover som tas på patienten skall märkas så att den misstänkta diagnosen framgår (exempelvis med "AIDS-risk"). Fran ambulanspersonal har också framförts krav på att få information om patienternas sjukdom i fråga om AIDS. Ett sådant här utpekande av en viss sjukdomsdiagnos (eller oftare: misstanke om viss sjukdom) skapar onödiga problem för den enskilde. Sjukdomen AIDS sprids inte via s.k. social smitta och man känner inte heller till någon sjukvårdspersonal som drabbats "i tjänsten". Trots detta vet vi att många inom sjukvården vägrar att befatta sig med prover eller liknande som avser en AIDS-sjuk person. Den här typen av reaktioner blir naturligtvis vanligare om man även på provtagningsuppgifter informerar om misstänkt sjukdom.

Från USA har rapporterats om en mängd olika hysteriska reaktioner i dessa sammanhang. Även om situationen inte är lika alarmerande i Sverige hyser vid dock stor oro för att de tendenser som i dag finns skall växa till

samma omfattning som kan noteras i USA.

Vi hyscr naturligtvis stor förståelse för att personalen önskar att kunna skydda sig mot t.ex. blodsmitta, men ett sådant skydd kan åstadkommas utan att diagnoser åtsätts prover. Socialstyrelsen har föreslagit en kombination av etiketterna "hepatit-risk" och "blodsmitta". Även om detta inte är helt bra (även här förekommer ju en diagnos) är denna lösning ändå att föredra.

Genom journalutredningens tankegångar om att man ska begränsa informationsöverförandet mellan olika kliniker borde man kunna komma till rätta med de problem som förbundet aktualiserat. RFSL tillstyrker alltså utredningens förslag att varje klinik skall ses som en självständig enhet i journal- och sekretessfrågor.

Svenska Läkaresällskapet noterar med tillfredsställelse de förslag som innebär att patientens integritetsskydd förstärks och accepterar därför den sekretessgräns som utredningen föreslår vid klinikgräns/motsvarande. Det är särskilt väsentligt att undvika slentrianmässig informationsspridning i datoriserade system. Svenska Läkaresällskapet finner det önskvärt att patientens tillåtelse erhålls innan journalinformation överförs mellan kliniker eller vårdcentraler. Dock får inte en utökning av patientens sekretessskydd medföra sådan ändring av rutinen att journalhanteringen blir onödigt tungrodd och kostbar. Klinikchef bör få möjlighet att ge direktiv anpassade efter sin kliniks verksamhet så att inte utlämnande av t.ex. remissvar, laboratorieundersökningar etc. försenas. Åtkomligheten av journalinformation för forskning bör beaktas.

Det finns naturligtvis vissa situationer där samtycke ej kan krävas före utbyte av journalinformation, men där bör sekretesslagens regler om men-rekvisitet vara vägledande, t.ex. vid medvetlöshet och svar förvirring. Vid journalutlämning i dessa fall bör det enkelt kunna anges vad som är skälet till avsaknad av samtycke. Det är dock oklart hur patientens samtycke skall dokumenteras, men det torde räcka att vårdansvarig som begär att få ta del av anna vårdenhets journal markerar att patienten lämnat sitt samtycke.

Sällskapet tror att allmänhetens förtroende för sjukvården kan förbättras genom åtgärder enligt ovan, även om de i vissa avseenden kan upplevas som begränsningar av verksamheten. I dessa fall har de förtroendefulla relationerna större värde än snabb och total tillgänglighet av journalinformation från olika delar av sjukvården.

FALK anser att utredningens tolkning av verksamhetsbegreppet säkerligen medför att personal inom kliniken kan känna ett större ansvar vid journalhanteringen. Av praktiska skäl synes dock utredningens definition svår att tillämpa och ett vidare verksamhetsbegrepp än klinik vore att föredra. Under alla omständigheter finner *FALK* att det är önskvärt att i författning definiera begreppet "självständig verksamhetsgren".

Brister i tillämpning av sekretessen är dock inte så mycket beroende på

avsaknad av en exakt definition av begreppet "självständig verksamhetsgren", utan fastmer en brist på kunskap om grunderna i sekretesslagen och en slapphet i handläggningsrutinerna. Enligt FALK:s uppfattning krävs i första hand en intensifierad informations- och utbildningsverksamhet från huvudmännens sida.

Samma regler skall gälla för information på ADB och på konventionella informationsbärare, det är viktigt, som utredningen säger, att inte rent medicinska och administrativa system förs samman. Oöverkomliga brister i säkerheten och hot mot den enskilde individens integritet kan lätt bli följden av gemensamma databaser. Vid uppbyggande av olika system måste lösningar väljas som eliminerar sådana risker.

Vid utlämnande av journaler eller delar därav till andra verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården eller till annan myndighet är det HCK:s uppfattning att man i första hand skall använda sig av "samtycke" (Sekl 14:14). Samtycket skall då inhämtas av den läkare som avser att begära en journal av någon annan. Detta torde vara ganska enkel genomförbart i samband med att patienten besöker läkaren. Läkaren skall göra en noggrann anteckning i sin journal om att samtycke har inhämtats.

I de fall man inte kan inhämta samtycke t.ex. då patienten inte är kommuniceringsbar på grund av sjukdom är det viktigt att det utarbetas rutiner för en seriös "menprövning". Denna bör utföras av den för vården ansvarige.

I ovanstående är underförstått att varje gren inom hälso- och sjukvården skall betraktas som en självständig verksamhetsgren vilket medför att sekretessprövning skall ske vid utlämnande av uppgifter dem emellan.

När det gäller utlämnande av uppgifter till andra myndigheter skall det, på ett mycket hårdare sätt än vad som sker i dag, prövas vilka uppgifter som skall lämnas ut, endast sådana uppgifter som är nödvändiga för den mottagande myndigheten får lämnas ut. Vi vet att det i dag alltför ofta händer att man, troligen av tidsskäl, sänder över hela journaler i stället för att göra en sammanställning. Detta kan icke accepteras, det gäller framför allt vid utlämnande av uppgifter till försäkringskassa, arbetsvård m.fl. där sekretessen är mycket svagare än inom hälso- och sjukvård.

Beträffande utlämnande av uppgifter till centrala register så förstår vi att detta måste förekomma med hänsyn till forskning, olika bevakningsändamål m.m. I likhet med journalutredningen tror vi att mycket av den oro som allmänheten känner för denna registrering beror på dålig information. Det är därför mycket viktigt att rutiner för en bättre sådan information utvecklas.

Sveriges läkarförbund anför: Den s.k. förtroendesekreten mellan patient och läkare medgav högt ställda krav på patientintegriteten. Den moderna sjukvården är dock mycket informationsaktiv och ett stort antal enskilda personer och myndigheter får på olika sätt del av journaluppgifter. Detta kan måhända bidra till en bättre sjukvård men kan också innebära en

fara för patienternas integritet.

Numera vedertagna journalrutiner har medfört att klinikerna ofta tappat kontrollen över sina egna journaler, då de förvaras utanför kliniken i särskilda gemensamma centrala arkiv under ledning av ej klinikanknuten personal. Journalutredningens förslag att betrakta kliniken som verksamhetsgren i sekreteshänseende bör kunna bidra till en ökad patientintegritet. Det förutsättes emellertid att den s.k. samtyckesprincipen tillämpas så att väsentligt merarbete ej uppkommer för sjukvårdspersonalen. I den mån detta likväl blir fallet uppvägs nackdelarna av betydande fördelar som en förbättrad patientintegritet innebär. Behövliga medicinska uppgifter bör också kunna utlämnas i akuta situationer då patienten är oförmögen att ge sitt samtycke. Förbundet ansluter sig således till utredningens förslag och tror också att det är psykologiskt riktigt att markera ett ansvar för kliniken i detta avseende.

SACO/SR delar utredningens uppfattning att utvecklingen inom vården alltmer tenderar att åtsidosätta de grundläggande principerna i sekretesslagen. Organisationen välkomnar därför utredningens ambition att motverka denna utveckling. Emellertid är sekretesslagen endast tillämplig inom det offentliga vården. Frågan om tillsynslagens allmänna regler om tystnadsplikt ger samma skydd som sekretesslagen är inte enligt vår uppfattning klarlagd. Integritetsfrågorna inom den privata vården hade därför bort penetreras närmare.

Frågan om utlämnande av uppgifter mellan kliniker är komplicerad. Vid den medicinska bedömningen är det viktigt att ha tillräckligt underlag för bedömningen i form av uppgifter om undersökningar/behandlingar vid andra kliniker. SACO/SR finner det otympligt att vid varje utlämningsfall inhämta patientens tillstånd. Trots patientens berättigade krav på integritet, kan inte sekretessen tillåtas få en sådan omfattning att vårdens kvalitet äventyras. När en patient remitteras från en klinik till en annan, kan den ansvarige vid den nya kliniken inte rimligen förvägras att ta del av tidigare dokumentation, detta bör ske oavsett patientens godkännande.

Huvudregeln bör naturligtvis vara att patienten informeras och tillfrågas. Vidare bör självfallet endast absolut nödvändiga uppgifter utlämnas.

Enligt SACO/SR:s uppfattning bör således sekretess kunna brytas vid remittering av patienter. Uppgifter rörande patienter inom psykiatrisk vård bör behandlas med särskild sekretess utifrån den diskussion som utredningen för. Specialbestämmelser bör utformas enligt nuvarande praxis.

Sveriges psykologförbund instämmer i utredningens uppfattning att patienternas integritetsskydd måste förbättras. Förbundet tillstyrker således de av utredningen föreslagna åtgärderna (§ 9) i syfte att motverka slentrian vid dagligt journautnyttjande; att varje klinik bör ses som ett eget verksamhetsområde i sekretesslagens mening (enligt förbundets mening särskilt viktigt inom psykiatri); samt att "samtyckesprincipen" i första hand skall tillämpas vid utlämnande av uppgifter mellan kliniker/sjukvårdsinrätt-

ningar. Förbundet förutsätter att en utredning snarast tillsätts rörande konsekvenser av datorisering av journaler (jfr. ex. SPRIS LUP-projekt).

VI Förstöring av journaler

JK framhåller följande: Enligt utredningens förslag skall besvär över socialstyrelsens beslut att avslå en ansökan om förstöring av en patientjournal anföras hos regeringen. Jag är av den uppfattningen att det är lämpligare att ett sådant beslut, såsom huvudsakligen rörande rättsfrågor, i stället blir föremål för domstols prövning och att därför besvaren i stället bör anföras i kammarrätt. Jag vill i detta sammanhang hänvisa till innehållet i artikel 6 i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Kammarrätten i Stockholm anför: Bestämmelserna i 5–7 §§ har övertagits i princip oförändrade från tillsynslagen. I 7 § första stycket första meningen har dock efter "en patientjournal" orden "som förvaras inom hälso- och sjukvården" utelämnats. Syftet är enligt motiven (bet s 190) att bestämmelsen också skall omfatta kopior av journalen vilka inte förvaras inom hälso- och sjukvården. Syftet torde inte uppnås, eftersom en kopia av en journal knappast kan betecknas som en journal. Det sätts i fråga om den avsedda utvidgningen fyller tillräckligt behov. Anses en föreskrift erforderlig, bör övervägas om det inte är mer ändamålsenligt att uppta en allmän bestämmelse om att vad som i lagen sägs om patientjournal även har avseende på kopia av sådan journal vare sig den förvaras inom hälso- och sjukvården eller ej. Härvid får lagrum för lagrum prövas om utvidgningen framstår som motiverad med avseende på detsamma.

BFU-81 anför följande: En första förutsättning för att en journal skall kunna förstöras är att ansökan görs av patienten själv. Journalutredningen har beträffande begreppet patient anført, att vid alla vanliga former av vård vet man direkt vilka som är patienter och därmed för vilka journal skall föras, medan man inom barn- och ungdomspsykiatri liksom inom vuxenpsykiatri någon gång kan ställas inför problemet att det i ett och samma fall finns flera patienter, t.ex. vid relationsstörningar i en familj. Journalutredningen har förordat att, om viss patient kan identifieras som den sjuke, skall journal föras beträffande denne. Visar det sig emellertid att "problemet" växer och även berör övriga familjemedlemmar eller t.o.m. att "det sjuka" sitter hos dessa bör man enligt journalutredningen skriva en ny journal beträffande var och en av dem.

Om uppgifter beträffande en familjemedlem upptas i den journal som rör honom innebär detta att han sålunda är identifierad som patient och kan ansöka om förstörande av journal.

Om det emellertid förhåller sig på det sätt som framgår av det i promemorian redovisade fallet, nämligen att en familjemedlem/förälder inte varit föremål för någon vård eller behandling och uppgifterna om föräldern

intagits i barnets journal uppkommer frågan om föräldern kan anses som patient.

Journalutredningen som inte gett något svar på just denna fråga har dock i någon mån diskuterat frågan om att inta uppgifter rörande tredje man i en patientjournal. Enligt utredningen kan en god vard förutsätta att patienten ses i sitt sociala sammanhang vilket gör det ofrånkomligt att beröra de människor som omger honom eller henne. Journalutredningen framhåller att man bör vara återhållsam när det gäller att i en patientjournal inta uppgifter om tredje person. Vi instämmer häri. Intas likväl uppgifter om tredje man i en journal bör denne enligt vår mening ges rätt att begära att journalen i denna del förstörs.

Riksarkivet anför följande: I sjunde paragrafen sägs att socialstyrelsen får förordna att en patientjournal skall förstöras. Riksarkivet anser för det första utredningens beskrivning av gallring respektive förstöring vara felaktig och hänvisar i detta avseende till landsarkivets i Uppsala yttrande. Det borde således stå "skall gallras". Riksarkivet vill vidare med kraft hävda, att det är olyckligt att den tidigare gällande begränsningen till journaler, som förvaras inom hälso- och sjukvården, upphävs. Redan tidigare ansåg riksarkivet det oriktigt att gallringsansvaret delades på flera instanser. Enligt verkets bestämda uppfattning är det rationellt att beslut om gallring och gallringsfrister i så stor utsträckning som möjligt fattas av riksarkivet (jfr s. 81 i Samhällets arkivproblem Ds U 1981:21). Särskilt gäller detta statliga myndigheters arkiv. Att stympa akter eller dossiéer hos andra myndigheter än de landstingskommunala huvudmännen för sjukvården är både praktiskt och teoretiskt olämpligt. Vad beträffar gallring/förstöring av delar av säkerhetsexemplaret av mikrofilm har landsarkivet i Uppsala berört vissa därmed sammanhörande problem.

Socialstyrelsen anför följande: Utredningen föreslår, i motsats till vad som nu gäller, att även journalhandlingar som förvaras annorstädes än inom hälso- och sjukvården skall kunna förstöras. Socialstyrelsen anser dock att ytterligare utredning behövs om sådan förstöring på områden som står utanför styrelsens tillsyn samt hur styrelsen i så fall skall tillämpa en sådan bestämmelse.

Upplysningsvis kan socialstyrelsen även nämna, att många patienter som ansöker om förstörande av sin journal som en bilaga till sin ansökan även lägger en kopia av sin journal där de markerat vilka delar de önskar få förstörda. Dessa kopior saknar styrelsen idag befogenhet att förstöra.

Många gånger sker en brevväxling mellan en patient och hans läkare, som ofta närmast är av personlig karaktär. Då dessa brev inte diarieförs och närmare bestämmelser saknas, läggs breven slentrianmässigt bland övrig journalhandlingar. Socialstyrelsen är osäker om utredningen anser att dessa handlingar skall omfattas av journalförstörelsebegreppet. Det borde närmare anges hur sjukhusen skall förfara med dessa handlingar.

En annan angelägen fråga som borde belysas är anhörigs rätt att i vissa fall

ansöka om förstöring av de delar i en journal som gäller honom. Sådan rätt saknas f.n. Om t.ex. makar är skilda och har barn på behandling hos den psykiska barna- och ungdomsvården görs journalanteckningar om båda föräldrarna. Borde då inte också den som inte är vårdnadshavare ha rätt att ansöka om förstöring av "sina" delar?

Handläggningen av journalförstörelsesärendena är mycket tungrodd. Innan ansökan om journalförstörelse slutligt prövas, skall den som ansvarar för journalen beredas tillfälle att yttra sig. Socialstyrelsen anser för sin del att remiss borde kunna underlåtas, då det är uppenbart att ansökan inte kan bifallas.

Slutligen kan det ifrågasättas om socialstyrelsen, som ju har tillsyn och planering som sina centrala uppgifter, fortsättningsvis skall syssla med enskilda ärenden av denna art. Borde det inte kunna vara en uppgift för landstingens förtroendenämnder i den mån de blir permanenta enligt förslaget i Ds S 1984:16 eller för sjukvårdshuvudmännen?

Statens livsmedelsverk anför: I 7 § i utredningsförslaget till lag om patientjournaler anges att "på ansökan av patient får socialstyrelsen förordna att patientjournal helt eller delvis skall förstöras." När det gäller journaler som upprättats med stöd av bestämmelserna i livsmedelslagstiftningen bör sådant medgivande till förstöring ske i samråd med livsmedelsverket eller annan av verket angiven tillsynsmyndighet.

Umeå universitet anför att de första årens erfarenhet av bestämmelserna om förstöring i den nya tillsynslagen visar att denna möjlighet inte utnyttjats i någon större omfattning och inte lett till några omfattande konsekvenser. Universitetet delar därför utredningens uppfattning att denna möjlighet bör kvarstå utan att kvaliteten i sjukvården i stort eller i den kliniska forskningen äventyras.

Enligt *Östergötlands läns landstings* mening är det rimligt att en journal i vissa, mycket speciella fall kan förstöras helt eller delvis. Det är givet att en sådan bestämmelse måste tillämpas ytterst restriktivt. De speciella problem som i denna del uppkommer vid ADB-hantering av journaler är emellertid otillräckligt belyst. Rent redigeringsmässigt bör kanske en paragraf om förstörande av journaler i lagtexten höra hemma under rubriken "Bevarande m.m." och inte under "Offentlighet och sekretess m.m."

Beträffande möjligheten att få sin journal helt eller delvis förstörd anser *HCK*, i likhet med journalutredningen, att detta är en viktig detalj vid skyddet av patienternas integritet som därför skall finnas kvar.

HCK ställer sig också bakom förslaget att möjligheten till förstöring av journal skall utvidgas till att gälla alla kopior som finns på annat håll samt journaler inom t.ex. skolhälsovård och tandvård. Ett problem kvarstår då, nämligen vad man skall göra med alla sammanfattningar i form av t.ex. läkarutlåtanden för pensionsprövningar m.m. som finns på olika myndigheter och som bygger på den journal som skall förstöras. I dessa utlåtanden finns ofta samma uppgifter som varit anledningen till att patienten begärt att

få sin journal förstörd. Därför bör rätten till förstöring omfatta inte bara själva journalen och kopior av densamma utan även sammanfattningar i form av läkarutlåtanden eller liknande som finns på olika håll.

Detta är fullt genomförbart om man i journalen konsekvent gör anteckningar om vilka handlingar man sänder iväg och vart. Med ett enkelt brev bör man sedan kunna underrätta respektive myndighet om vilka handlingar de i sin tur skall förstöra. Först när detta skett kan man säga att patientens rätt att få sin journal förstörd till fullo har respekterats.

Verdandi anser att viktig information i vissa fall kan gå förlorad om man förstör journalerna för snabbt. Bl.a. har det påpekats av de fackliga organisationerna att uppgifter som behövs för bevisföring i arbetsskadeärenden kan gå förlorade genom en sådan hantering. Enligt vår uppfattning bör frågan kunna lösas genom särskild rigorös arkivering med klara bestämmelser för vem som ska ha tillgång till journalerna efter en viss tid, när den aktuella vården har avslutats. Dessa journaler kan då också förvaras på annat ställe än de journaler som är aktuella under själva vården.

VII Bevarandetider

JK anför följande: Den av utredningen föreslagna bestämmelsen att en journalhandling skall bevaras till dess minst tre år har förflutit efter det den sista uppgiften införts i den ställer jag mig tveksam till med hänsyn till gällande preskriptionslagstiftning. Utredningen har ingående behandlat denna fråga och det finns omständigheter som talar för utredningens förslag. Då emellertid fordringspreskriptionen är tio år finner jag det vara äventyrligt att öppna en möjlighet att innan denna tid gått till ända avhända sig journalhandlingar som kan vara av stor betydelse för att bedöma skadeståndsansprak från en patients sida. I min verksamhet att tillvarata statens rätt har det förekommit fall där behov av journalhandlingar uppkommit efter betydligt längre tid än tre år. Jag finner därför att journalhandlingar bör bevaras minst tio år.

HSAN framhåller följande: Utredningen har i 8 § föreslagit att journalhandling skall bevaras under minst tre år. Bestämmelsen har motiverats av tillsynsmyndigheternas behov av ett komplett och rättvisande bevismaterial. Ansvarsnämnden finner tiden för snävt tilltagen. Det kan under ett senare stadium av en utredning hos nämnden uppkomma anledning att ta in patientjournal även från andra behandlingstillfällen än under de senaste två åren. På grund av nämndens arbetsbelastning och därav följande långa handläggningstider kan det förekomma att rekvisition av sådana journaler inte kan ske inom den föreslagna treårsgränsen.

Socialstyrelsen anför: Utredningen föreslår en minimiregel om bevarande av journalhandlingar i tre år efter sista anteckning. Bestämmelsen har främst betydelse för den privata vården, eftersom landstingens sjukvårdshuvudmän själva äger att besluta om bevarande och gallring. De har därvid vägledning

av de rekommendationer som finns angivna i journalutredningens delbetänkande om arkivfrågorna. Socialstyrelsen vill dock peka på risken att den föreslagna minimitiden, i den mån den kommer att tillämpas, kan bli till hinder för den kliniska och epidemiologiska forskningen, som har intresse av journalmaterial bl.a. för att förebygga sjukdomar och skador, inte minst inom den yrkesmedicinska verksamheten och inom företagshälsovården. Den kan också bli till men för patienten i såväl medicinskt som rättsligt hänseende. Sålunda är befolkningens kontakter med sjukvården i stort koncentrerad till barnåldern och till de högre åldrarna och under dessa perioder är tillgång till journaler som avser längre perioder sannolikt mer angelägen än annars. Även patientens möjligheter att säkra bevismedel i samband med rättsliga angelägenheter, t.ex. skadestånd, kan komma i kläm. Vidare kommer när det gäller tandvården (ca 50 % av tandläkarna är privatpraktiserande) den föreslagna minimitiden att förstöra grunder för rättsodontologins betydelsefulla verksamhet i identifieringssammanhang.

Med hänsyn till dessa risker kan det ifrågasättas, om inte minimitiden i stället bör sättas till tio år. Skulle den av utredningen föreslagna minimitiden genomföras, bör socialstyrelsen ges möjlighet att utfärda särskilda bestämmelser om förlängning av bevarandetiden i vissa fall.

Riksförsäkringsverket har ingenting att invända mot den nu föreslagna treårsregeln när det gäller typer av journaler där en kortare bevarandetid kan accepteras. I övrigt vill verket understryka vad verket framhöll i sitt remissyttrande den 1 december 1983 över journalutredningens delbetänkande, nämligen att det är ytterst viktigt att journalhandlingar bevaras dels av rättssäkerhetsskäl för att de försäkrade skall få möjlighet till en rättvis prövning av sina krav på försäkringsersättning enligt lagarna om arbetsskade- och yrkesskadeförsäkring, dels för verkets uppgift att utvärdera socialförsäkringarna samt för forskning inom socialförsäkringsområdet.

Mot den i 8 § föreslagna regleringen av en bevarandetid på minst tre år har *datainspektionen* inga invändningar från integritetssynpunkt. Den synes rimlig med hänsyn till den preskriptionstid som sålunda beaktats. Inspektionen hänvisar i övrigt till sitt yttrande den 13 september 1983 över journalutredningens delbetänkande "Bevarande av journaler m.m."

Riksarkivet anför: I förslaget åttonde paragraf sägs att en journalhandling skall bevaras till dess minst tre år har förflutit efter att den sista uppgiften fördes in i den samt att det finns särskilda bestämmelser om vården av patientjournaler i det allmännas verksamhet. Några särskilda bestämmelser om vården av patientjournaler i det allmännas verksamhet finns inte. Avsikten är väl förmodligen att sådana skall utfärdas men detta sägs inte någonstans. Riksarkivet vill vidare på denna punkt hänvisa till landsarkivens och då i synnerhet landsarkivets i Vadstena yttrande och konstatera, att någon hänsyn inte tagits till forskningsaspekterna. Det förutsätts nämligen, att de landstingskommunala huvudmännen själva skall besluta om gallring. Någon typ av urval måste enligt riksarkivets åsikt ske. Urvalet måste också

ske enligt ett gemensamt system. Riksarkivet vill vidare ifrågasätta lämpligheten av att man nu i en lag för det material, som förvaras hos myndigheten, fastställer vad som förutsätts i tryckfrihetsordningen. nämligen att handlingar bevaras och är tillgängliga för insyn med undantag för vad som pakallas av 2 § 2 kap. TF. Enligt verkets åsikt bör närmare övervägas, om inte principerna för bevarande och gallring bör tas upp i TF. Denna frågeställning bör klaras av, innan man tar in formuleringar av detta slag i en lag.

Arbetskyddsstyrelsen framhåller att journalutredningens förslag till lag om patientjournaler föreskriver en bevarandetid av tre år för journalhandlingar. Denna tid får anses vara en minimitid, innan någon som helst gallring får ske. I ett tidigare delbetänkande "Bevarande av journaler" rekommenderade utredningen, att journalerna bevarades under åtminstone patientens livstid. Styrelsen menar, att journalutredningen även i sitt huvudbetänkande tydligare borde ha markerat vikten av åtminstone livstids bevarande av patientjournaler.

Enligt *SÖ* räcker inte den föreslagna bevarandetiden på minst tre år efter det att sista uppgiften infördes i den. Hälsojournalen bör bevaras under hela skoltiden samt därefter ett mindre antal år, t.ex. som nu fem år efter avslutad grundskola och tre år efter avslutade gymnasiestudier. Hänsyn bör tas till detta vid lagstiftningen.

Spri har i tidigare remissvar på journalutredningens delbetänkande "Bevarande av journaler m.m." hävdatt att man i flertalet fall med modern arkiveringsteknik kan arkivera journalhandlingar under mycket lång tid utan att detta leder till ökade kostnader för förvaring och hantering.

Det måste också anses otillfredsställande från rättsäkerhetssynpunkt att journalhandlingar kan förstöras som senare behövs för att bedöma en patients skadeståndsanspråk enligt patient- och läkemedelsförsäkringen där preskriptionstiden är 10 resp. 15 år.

Denna fråga kan ha stor betydelse för patientens tilltro till sjukvården. *Spri* anser att det i lagtexten, i likhet med vad som gäller i 7 §, åtminstone bör tilläggas att "Gallring av journalhandling får ske efter tre år endast om den uppenbarligen inte behövs för patientens vård eller behandling eller att det uppenbarligen inte finns allmänna skäl för att den bevaras."

Spri anser att sista stycket "Om arkivvard av patientjournaler i det allmännas . . ." bör preciseras genom hänvisning till kommunallagen för landstingen och till andra aktuella författningar för statliga vårdinrättningar.

Landstingsförbundet anför följande: Utredningen föreslår en lagfäst bevarandetid på tre år. Denna tidpunkt anger den lägsta bevarandenivån och längre tid är oftast påkallad av hänsyn till såväl vårdens som forskningens intressen. Därför måste, enligt utredningen, journallagen läsas parallellt med landstingens egna gallrings- och arkiveringsbestämmelser. Utredningen har tidigare presenterat ett betänkande rörande gallrings- och arkiverings-

frågor. Förbundsstyrelsen yttrade sig över detta betänkande i skrivelse till socialdepartementet den 10 november 1983 och framhöll bl.a. att en överenskommelse om ersättning från staten till sjukvårdshuvudmännen bör träffas innan nya råd slutligt utformas och delges sjukvårdshuvudmännen. Det är emellertid angeläget att samtliga frågor om journalhanteringen behandlas i ett sammanhang. Förbundsstyrelsen anser det angeläget att statsmakterna snarast tar ställning i dessa frågor och presenterar förslag för huvudmännen i deras gallrings- och arkiveringsarbete.

Kristianstads läns landsting anser det viktigt att delbetänkande och huvudbetänkande behandlas i ett sammanhang.

Ett område som särskilt bör beaktas vid fastställandet av regler för bevarandet av journaler är barnavårdscentralerna. Enligt socialstyrelsens anvisningar överföres barnavårdscentralernas journaler till skolhälsovården vid barnens skolstart. Sedan skolhälsovården tagit del av journalerna återsändes dessa i allmänhet till centralerna med motivering att skolhälsovården ej har arkivutrymmen för dessa. Genom detta uppstår arkivproblem vid barnavårdscentralerna. Dessa problem bör alltså tagas upp och i anvisningar regleras vem som skall ha det slutliga och yttersta ansvaret för dessa journaler.

I nu föreliggande förslag till journallag är i en av paragraferna fastställt att journalhandling skall bevaras minst tre år efter den sista uppgiften som föres in i journalen. Denna regel motiveras uteslutande av säkerheten i vården och handläggningen av ansvarsärenden. Den utgör således inte något riktmärke för en allmän gallring. Detta förutsättes enligt den föreslagna lagen varje landsting besluta om.

Det nu föreliggande lagförslaget ger en ökad krets av vårdgivare skyldighet att föra journal, exempelvis arbetsterapeut, kurator och sjukhusfysiker, förutom alla som har legitimation att utöva visst yrke inom hälso- och sjukvården. Detta kommer att få den konsekvensen att ytterligare handlingar eller anteckningar kommer att tillföras patienternas journaler, vilket ställer ökade krav på arkivutrymme och sannolikt ökade behov av sekreteraresurser. Genom detta ökas också risken att journalen är under cirkulation mellan olika vårdgivare.

I princip är inget att erinra mot detta förslag i lagen, men för att minska eventuella resursbehov ställs krav på god organisation inom vårdenheterna med klara rutinbeskrivningar hur journalerna skall föras och i övrigt hanteras i olika avseenden, hur bevarande och gallring skall skötas etc.

Östergötlands läns landsting har för egen del beslutat att journaler i princip skall bevaras minst tio år efter senaste anteckning. Rimligt bör vara att samma bevaringskrav ställs på privata vårdgivare. Enligt landstingets erfarenhet bör detta inte innebära någon ökad uppgift jämfört med dagsläget, eftersom privata vårdgivare endast sällan genomför gallring av sina journalarkiv. Landstinget föreslår följande lydelse av 8 §:

Föreskrifter om bevarande och utnyttjande av journalhandlingar i det allmännas verksamhet utfärdas av huvudmannen.

Patientjournaler inom enskild hälso- och sjukvård eller enskild tandvård skall bevaras i minst tio år efter sista anteckninge.

Plockgallring av mindre viktiga handlingar – laboratoriesvar, kopior av brev och intyg m.m. är tillåten efter tre år.

Värmlands läns landsting finner tre-årsfristen olycklig och anser att myndigheternas särställning måste framgå klart av lagtexten.

Örebro läns landsting anser, att frågan om bevarandetid för journalhandlingar ej bör regleras i journallagen. Denna fråga bör samlat avhandlas i samband med att råd och anvisningar för arkivering av patientjournaler utfärdas.

Västerbottens läns landsting anser att ur vissa synpunkter för vissa journaler är en bevarandetid på minst tre år, som föreslagits, tillräcklig. Ur forskningssynpunkt och i de flesta fall även ur vårdsynpunkt är dock tre år alltför kort tid. Om det av rent forskningsintresse blir aktuellt med längre bevarandetid, bör förhandlingar tas upp med staten om de arkiveringskostnader, som detta medför.

För tandvårdens del, som nästan uteslutande bygger sin verksamhet på kontinuerligt omhändertagande och behov av tandröntgenbilder för identifieringsändamål, bör utredningen överväga om treårsgränsen är för kort. Nuvarande bestämmelser om att bevara tandvårdens handlingar i tio år har faktiskt varit värdefullt bl.a. vid flyg- och brandkatastrofer.

Västmanlands läns landsting anser att den föreslagna bevarandetiden är föga förenlig med utredningens i övrigt dokumenterade omsorg om patientens rättssäkerhet. Med hänsyn till gängse preskriptionsregler, bl.a. för patientförsäkringen, bör enligt Landstingets uppfattning kortaste gallringsfrist vara tio år.

Södermanlands läns landsting har inga principiella invändningar mot minimitiden tre år. Utskottet anser däremot att förslaget till lagtext (§ 8) när det gäller bevarande m.m. är alltför knapphändig och därigenom lämnar utrymme för misstolkningar. Detta förhållande bör rättas till i det slutliga förslaget till lagtext.

Malmö kommun anför följande: Utredningen har föreslagit en bevarandetid på minst 3 år för en journalhandling. Detta sammanfaller väl med den tid som sjukvårdsstyrelsen fastslagit som lämplig för en journal att förvaras i klinikens primärarkiv. För Malmös del har därutöver beslut tagits om att successivt mikrofilma äldre journalmaterial. Utredningen upprätthåller sig i detta hänseende i stor utsträckning till ansvarsfrågor. Dock har hänsyn ej tagits till att preskriptionstiden avseende såväl skadestånd som patientförsäkring är 10 år. Emellertid bevaras inte journaler huvudsakligen med hänsyn till ansvarsaspekter. Två väsentligare skäl föreligger, nämligen möjligheten att i framtiden ge just den enskilde patienten en god och säker

vård och möjligheten att bedriva klinisk forskning till nytta för samtliga patienter. I utredningen borde framhållits att det med hänsyn till ansvarsfrågan är tillräckligt med så kort bevarandetid som 3 år men att synnerligen starka skäl talar för att man skall eftersträva så lång bevarandetid som möjligt. Sjukvårdsstyrelsen föreslar för sin del att bevarandetider för journaler i någon form minimeras till 10 år.

Kronobergs läns landsting anför följande: Förslaget i § 8 att journalhandling skall bevaras i minst tre år efter det att sista uppgiften förts in väcker några frågor:

- I utredningen noteras att preskriptionstiden är 2 år för ansvarsärenden och 15 år för läkemedelsförsäkringen. När det gäller patientförsäkringen skall patientens ersättningsanspråk framställas inom 3 år från det skadan visade sig eller senast inom tio år från skadetillfället. För arbetssjukdomar tillämpas ingen preskription. I detta avseende kan tre-årsgränsen tillstyrkas under förutsättning att det inte minskar patienternas möjligheter till ersättning.
- Rekommendationer om ett länge bevarande av vissa typer av journaler av såväl vård- som forskningsskäl skall senare lämnas i allmänna råd. Enl. HSL skall landstingen planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård, även den som erbjuds av annan än landstinget. Men landstinget har ingen möjlighet att besluta att de privata vardgivarna skall tillämpa samma bevarandetider som i landstingets verksamhet. Speciellt uttalat är detta inom tandvården där en stor del av verksamheten bedrivs i privat regi. Folk tandvården i Kronoberg önskar att privat tandläkarna behåller sina journaler i 10 år.

MFR hänvisar när det gäller gallring, bevarandetider och förstöring av journaler till sitt tidigare yttrande över journalutredningens delbetänkande "Bevarande av journaler m.m." (Ds S 1982:5).

Svenska Läkaresällskapet kan ej biträda utredningens förslag om att skyldighet för bevarande av journalhandlingar endast skall föreligga upp till tre år efter senaste anteckning i densamma. Många sjukdomar har en långsam och recidiverande karaktär. Det är för den enskilde patienten av största vikt att detta förlopp kan följas. Därvid är den tidigare dokumentationen av största betydelse.

Utöver den rent sjukvårdande betydelsen av bevarande av journalhandlingar föreligger ett forskningsintresse, t.ex. för att kunna följa förändringar i sjukdomspanoramat, miljöfaktors betydelse för framkallande av sjukdom, ärftliga sjukdomars förekomst m.m.

Vidare tar lagförslaget inte ställning till att den kliniska forskningen kan ha behov av att kunna få tillgång till journaluppgifter på ett annat sätt än det som gäller vid vård av enskild patient. Svenska Läkaresällskapet anser att man bör skapa ett tillfredsställande skydd för patientens integritet i dessa sammanhang utan att behöva begränsa forskningens behov, t.ex. genom tidsbegränsade kontrakt mellan involverade enheter och en korrekt aident-

tifiering av data.

SACO/SR finner det rimligt att lagfästa en minimitid, men menar att tre år är en mycket kort bevarandetid. Det är uppenbart att många journalhandlingar bör bevaras mycket längre. Ur forskningssynpunkt är detta särskilt viktigt. SACO/SR finner det angeläget att anvisningar om bevaringstider för olika journaler upprättas.

Sveriges läkarförbund anför: I journalutredningens delbetänkande rådde enighet om att journalen skall bevaras hela patientens livstid för att möjliggöra god och säker sjukvård. Därjämte förutsattes ett fortsatt bevarande av bl.a. forskningsskäl. I nu liggande förslag till lag uttalas att en journalhandling skall bevaras minst tre år efter det att sista uppgiften förts in. I treårsgränsen finns önskad möjlighet att befria våra journaler och arkiv från ett stort antal oväsentliga handlingar och på så sätt medge en rationellare arkivhållning. De enskilda journalerna kan göras tunnare och överskådligare, vilket i sig bör medföra en säkrare och billigare sjukvård. Den föreslagna lagtexten har fått en sådan utformning att den givit upphov till oro hos många journalavsnämare, som befarar att den kan ge anledning till icke önskade gallringar i vara medicinska arkiv och därmed spoliering av viktigt medicinskt material. Angeläget är därför att i lagtexten ett klarläggande görs av den reella innebörden av treårsgränsen.

LO anför följande: Enligt utredningen syftar själva journalföringen och dokumentationskraven för vissa befattningshavare, först och främst till att ge patienten en större säkerhet i vården och en möjlighet att i efterhand få eventuella brister utredda och beivrade. Detta är, enligt utredningen, en rättssäkerhetsgaranti. Utredningen har beträffande rättssäkerhetsaspekten enbart inriktat sig på det ansvar som hälso- och sjukvårdspersonal har att meddela medicinskt riktig vård. Utifrån samhället i stort är detta ansvar i och för sig viktigt. Enligt *LO*'s mening bör utifrån rättssäkerhetsaspekten ytterligare frågor beaktas. Uppgifter hämtade från patientjournaler utgör bevismedel, förutom hos ansvarsnämnden, även hos andra myndigheter, exempelvis försäkringskassorna. För patienten har journalen därför ett bevisvärde i eventuella framtida anspråk att erhålla försäkringsersättningar och ersättningar enligt arbetsskadeförsäkringslagen. I arbetsskadeförsäkringsärenden utgör journalen en viktig källa för uppgifter om sjukdomsdebüt, sjukdomsförlopp, hur sjukdomsytttringar har bedömts vid olika tidpunkter osv. För patienten är det en rättssäkerhetsfråga att framtida prövningar enligt arbetsskadeförsäkringslagen kan grundas på dokumenterade fakta om den sjukdom som den försäkrade drabbats av. Enligt *LO*'s mening har rättssäkerhetsfrågan ett vidare perspektiv än medicinska ansvarsfrågor som utredningen valt till utgångspunkt för sina förslag. Utredningen har inte närmare analyserat den rättssäkerhetsaspekt som ligger i den enskildes behov att få sin sak prövad på basis av berörd information om faktiska händelser och förlopp istället för de rekonstruktioner i efterhand som nödvändiggörs av att källorna ej längre existerar. Det är uppenbart att en

sådan vidare syn leder till krav på en längre bevarandetid än den av utredningen föreslagna.

Utredningens förslag innebär att den obligatoriska minsta bevarandetiden är tre år. Detta skall, enligt utredningen, inte utgöra något riktmärke för en allmän gallring, utan endast utgöra en minsta bevarandetid. Det kan enligt LO:s uppfattning finnas farhågor att en sådan regel kan uppfattas som en direkt anvisning vilket i praktiken kan leda till en bevarandetid som blir tre år.

Den föreslagna bevarandetiden är satt utifrån preskriptionstiden hos ansvarsnämnden, som är två år. Enligt LO:s uppfattning är den föreslagna bevarandetiden alldeles för kort. LO vill i sammanhanget papeka att för arbetsskadeförsäkringar finns ingen preskriptionstid. Således kan prövningar enligt den lagen gälla sjukdomar som yppat sig åtskilliga år tillbaka.

LO har förståelse för att allt material i en journal inte har betydelse för arkivering, utan visst material kan gallras efter någon tid. Detta innebär att frågan om vilket material som skall bevaras måste lösas, med beaktande av det ovan anförda. En sådan konstruktion måste juridiskt lösas så att det på förhand går att avgöra vad som är gallringsbart eller ej. Hur detta skall lösas ger utredningen intet svar om. För det material som har betydelse för prövningen enligt ovan måste dock bevarandetiden sättas avsevärt längre än utredningen föreslagit.

LO anser vidare att en kort bevarandetid kan försvåra viss typ av forskning, exempelvis den epidemiologiska forskningen. Även om vissa uppgifter lagras i centrala register, typ cancerregistret, kan behov finnas att gå tillbaka till primärmaterial.

LO avstår från att gå in i en detaljerad diskussion av den avvägning som utredningen gjort av behov för forskning, och då särskilt arbetsinriktad forskning, att bevara journalmaterial. Utredningens överväganden är tämligen kortfattade på denna punkt. LO förutsätter att andra remissinstanser kommer att mer ingående belysa de behov som finns utgående från dessa intressen och de nackdelar som eventuellt kan uppstå vid ett genomförande av utredningens förslag.

TCO anför: Enligt förslaget ska journalhandling bevaras till dess minst tre år har förflutit efter det den sista uppgiften fördes in i den. Paragrafen innebär i praktiken att en minsta bevarandetid anges samt att vårdgivare därefter kan besluta om förvaring. Sådana ställningstaganden ska utgå dels från överväganden om patientsäkerheten dels från vilka forskningsintressen som kan finnas. Patient kan själv på begäran under särskilda förutsättningar få sin journal förstörd.

Det finns enligt TCO:s uppfattning en risk för att de olika landstingens praxis kommer att bli mycket varierande. Om en journal inte har intresse ur patientsäkerhetssynpunkt kommer journalen att bevaras enbart på grund av forskningsintressen. Hur detta intresse avgörs sammanhänger bl.a. med hur starka företrädare som finns inom olika områden. Forskningsintressen som

således har starka förespråkare kan komma att tillgodoses på bekostnad av andra. Detta är givetvis otillfredsställande. Risk är också att journaler som kanske får intresse först på längre sikt förstörs. TCO vill vidare peka på att det ur psykologisk synvinkel av patienten kan upplevas som negativt att journaluppgifter bevaras under längre tid.

TCO anser att ytterligare överväganden behövs i denna fråga. TCO föreslår också att gemensamma överläggningar kommer till stånd med företrädare för skilda forskningsintressen, politiker och fackliga företrädare för diskussion om angelägna prioriteringar t.ex. hur forskningsbehov som har stor betydelse från bred folkhälsosynpunkt kan tillgodoses, vidare hur patientens intressen kan tas tillvara m.m.

TCO vill i sammanhanget understryka att mikrofilmning och datahantering ger helt nya möjligheter till förvaring än tidigare.

Bevarandetiden av journalen under 3 år anser LSF inte bör stå i lagen då den förvirrar läsaren. LSF hänvisar samtidigt till arkivutredningen och de förslag som tidigare varit ute på remiss.

SHSTF konstaterar att motsvarande bestämmelse i socialtjänstlagen (60 §) är konstruerad något annorlunda. I socialtjänstlagen finns en gallringsplikt beträffande anteckningar och andra uppgifter i en personakt som tillhör socialnämndens personregister, fem år efter det att sista anteckningen gjordes i akten. Det är således fråga om sociala journaler. Det upplevs nästan alltid för den berörde som negativt att förekomma i en personakt/journal inom socialtjänsten. Detsamma kan inte sägas om uppgifter i journaler inom den somatiska hälso- och sjukvården. Däremot torde samma synsätt kunna anläggas på journaler inom den psykiatriska vården. Journalutredningen synes ha haft två grundläggande utgångspunkter för sitt förslag, dels vårdssäkerheten, dels rättssäkerheten vid ansvarsutredningar. Däremot berör man inte alls den psykologiska aspekten för patienten, något som varit förhärskande för socialtjänstlagen. Självklart kan man inte ha olika regler för olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Man kan emellertid undra varför man i utredningen inte mer har berört detta perspektiv.

Konstruktionen med den minsta bevarandetid och därefter möjlighet för respektive vårdgivare att bestämma förvarandetid bör utgå dels ifrån patientsäkerhetsskäl, dels forskningsintressen.

Den medicinska forskningen har till skillnad från den sociala en mycket stark ställning i samhället. Det är också lätt att argumentera för denna. Forskningen kring vår hälsa och våra sjukdomar har av naturliga skäl högsta prioritet. Genom regeln i 8 § finns det risk för att de olika landstingen kan anta olika bestämmelser om förvaring av journaler efter bevarandetiden. Om en journal inte har intresse ur patientsäkerhetssynpunkt kommer journalen att förvaras enbart av forskningsintressen. Det finns också en risk för att journaler som har starka forskningsintressen vid en viss given tidpunkt kommer att bevaras medan andra som har kanske intresse längre fram förstörs.

Förvaringsskäl skulle ju kunna omkullstörta detta resonemang men det är ändå inte hållbart. Dels möjliggör mikrofilmning och datahantering helt andra möjligheter till långvariga förvaringar.

Förbundet är således oroligt för att forskningsintressen kommer att styra huruvida journaler förvaras eller inte utöver minsta bevarandetid. Forskningsintressen som har starka företrädare kommer att kunna tillgodoses på bekostnad av andra.

En möjlighet att komma ur detta är att antingen ha en mycket lång bevarandetid, något som är ett mindre bra förslag. En annan är att journalerna kan, på begäran av patienten, förstöras efter en viss tid, förslagsvis tio år, utan att andra hänsyn behöver tas än just forskningsintresset. Landstingen får då på köpet möjlighet att bedöma och prioritera de forskningsintressen som anses angelägna ur folkhälsosynpunkt.

Beträffande den stipulerade minimitiden – tre år – är det som utredningen framhåller svårt att exakt avväga var gränsen bör gå. Man kan tycka att det är en kort tid på vissa områden av sjukvårdsverksamheten, på andra fullt tillräcklig. Förbundet har dock för närvarande ingenting att erinra mot själva tidvalet.

FALK anser utformningen av förslagets paragraf om minimibevandetid som något olycklig. Även om det i specialmotiveringen står att detta inte utgör något riktmärke för allmän gallring, är risken dock stor att det uppfattas så. FALK anser vidare att det bör markeras tydligare att särskilda bestämmelser gäller för arkivvården i det allmännas verksamhet, lämpligen i en särskild paragraf.

Den föreslagna minimibevandetiden om 3 år är enligt FALK:s uppfattning alltför kort. Tiden föreslås utökad till 10 år för gallring av patientjournal, dock med möjlighet till tidigare plockgallring av enstaka journahandlingar.

Utdrag ur remissammanställning över rapporten (Ds S 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården

Följande remissinstanser har avgivit yttranden:

Kammarrätten i Stockholm, socialstyrelsen – som bifogat yttrande av psykiatriska nämnden –, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), riks försäkringsverket, riksrevisionsverket (RRV), stat- och kommunberedningen, demokratiberedningen, riksdagens ombudsmän (JO), Landstingsförbundet, samtliga hälso- och sjukvårdshuvudmän, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen i Sverige (LO) – som bifogat yttrande av Svenska kommunalarbetsförbundet (SKAF) –, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Handikappförbundens centralkommitté (HCK), De handikappades riksförbund (DHR), Pensionärernas riksförbund (PRO), Sveriges folkpensionärers riksförbund (SFPR) samt Patienternas riksförbund (PRF).

Härutöver har skrivelser inkommit från Sveriges läkarförbund och Socialmedicinska institutionen vid Huddinge sjukhus.

3 Avlastning av HSAN

Kammarrätten i Stockholm anför följande: Kammarrätten har i ett tidigare yttrande över förslag om att inrätta förtroendenämnder uttalat att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd därigenom skulle komma att avlastas från sådana ärenden som egentligen inte hörde hemma hos ansvarsnämnden. Försöksperioden har emellertid utvisat att detta inte blivit fallet i den utsträckning som varit önskvärd. I rapporten föreslås nu att ansvarsnämnden skall få möjlighet att till sjukvårdshuvudmännen överlämna ärenden, som rör klagomål över bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen eller bristande kontakt och information i vården. Kammarrätten anser att detta utgör en viktig del av arbetsgruppens förslag.

Kammarrätten biträder emellertid inte förslaget att överlämnandet skall ske till respektive huvudman, som sedan avgör om ärendet skall handläggas av förtroendenämnd eller ej. Samma skäl som arbetsgruppen anför för att förtroendenämnderna skall hållas skilda från de beslutande organen inom hälso- och sjukvården – bl.a. psykologiska skäl – talar enligt kammarrättens mening för att överlämnandet skall ske till förtroendenämnderna. Dessa kan, sedan de mottagit ärendet, avgöra hur detta bäst skall handläggas.

Kammarrätten kan vidare inte underlata rent allmänt påpeka att den föreslagna ordningen principiellt framstår som egenartad. Den medför nämligen att ärendena kan komma att vandra helt olikformigt genom instanserna. Ett ärende kan sålunda anhängiggöras hos ansvarsnämnden och därifrån överlämnas till det regionala organet, dvs enligt kammarrättens förslag förtroendenämnden. Beslutet om överlämnande överklagas till kammarrätten, som finner det riktigt och fastställer det. Ett annat ärende anhängiggörs i förtroendenämnden som överlämnar det till ansvarsnämnden. Ännu flera varianter är tänkbara. – Enligt kammarrättens mening skulle man ha fått en bättre ordning om alla ärenden som hör till ansvarsnämndens verksamhetsområde anhängiggjordes hos förtroendenämnd. Om så påfordrades av patienten eller bedömdes som erforderligt av förtroendenämnden skulle ärendet därefter föras vidare till ansvarsnämnden. Härmed skulle vinnas bättre förutsättningar att få alla ärenden av "förtroendenämndskaraktär" att bli behandlade i förtroendenämnd. Vidare borde det med den skisserade ordningen vara lättare att göra en avgränsning av vilka ärenden som ansvarsnämnden skulle vara skyldig att ta upp. Ytterligare en fördel vore att ärendena – åtminstone delvis – redan skulle vara beredda när de kom till ansvarsnämnden. Den nu skisserade ordningen skulle inte förutsätta disciplinära befogenheter för förtroendenämnderna. Den bör inte heller i övrigt innebära någon ändring i förtroendenämndernas ställning och verksamhetsformer. De farhågor som antyds i rapporten bör kunna undanröjas genom utbildning och information.

Mot detaljutformningen av lagförslaget vill kammarrätten anmärka följande. Som förslaget nu är skrivet har i realiteten till diskretionär prövning lämnats att avgöra när ett visst ärende skall behandlas i sak eller när ett överlämnande skall ske. Ett diskretionärt avgörande av en sådan fråga synes inte höra hemma i ett förfarande av närmast judiciell karaktär som det gäller här. Bestämmelsen om överlämnande måste innehålla åtminstone de grundläggande kriterierna för när överlämnande får ske. Det är sålunda inte tillfredsställande att det finns möjlighet att överlämna en anmälan som visserligen enbart rör klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonal men där en disciplinär åtgärd kan tänkas komma i fråga. Enligt förslaget får ordföranden ensam besluta om överlämnande. Eftersom det sålunda inte är nämnden i dess helhet som fattar beslut framstår det som särskilt viktigt att en begränsning görs i lagen. Denna begränsning bör naturligtvis inte göras så snäv att syftet med förslaget förfelas. Kammarrätten anser att endast ärenden i vilka det är uppenbart att någon disciplinär åtgärd inte kan komma i fråga bör få överlämnas till förtroendenämnd.

Socialstyrelsen anför: Vid sitt sammanträffande med arbetsgruppen påpekade HSAN att dit ofta inkommer ärenden av sådan art, att de uppenbarligen borde handläggas av vederbörande förtroendenämnd. Med nuvarande lagstiftning saknar HSAN möjlighet att överlämna sådana

ärenden till förtroendenämnderna. Såvitt socialstyrelsen förstår har HSAN ett ansträngt arbetsläge. Det förefaller därför rimligt att ansvarsnämnden i första hand inte belastas med ärenden, som klart och tydligt gäller klagomål över brister i kontakten mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal eller annat liknade förhållande. Socialstyrelsen tillstyrker därför förslaget till sådan ändring av 38 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen), att det i fortsättningen skall vara möjligt för ansvarsnämnden att överlämna ärenden varom nu är fråga. Styrelsen vill emellertid starkt betona, att denna möjlighet endast får användas i sådana fall, då det är uppenbart att det påtalade förhållandet inte kan föranleda någon disciplinär åtgärd från HSAN:s sida. Samtidigt kan man inte bortse från att bakom ett till synes bagatellartat klagomål kan ligga förhållanden, som är av den karaktären att omständigheterna i fallet borde prövas av HSAN. Det i rapporten framförda kravet att handläggningen av förtroendenämndernas ärenden skall vara så enkel och obyråkratisk som möjligt – ett krav som socialstyrelsen i princip ställer sig bakom – får inte drivas därhän, att någon utredning inte alls sker. Skulle en förtroendenämnd om landstingskommunen dit överfört ett från HSAN överlämnat ärende – efter utredning finna, att ärendet i själva verket är av sådan art att det bör prövas i disciplinrättslig ordning, finns alltid möjligheten att anmäla ärendet till socialstyrelsen. Styrelsen har sedan möjlighet, om styrelsen finner den åtgärden befogad, att jämlikt 24 § tillsynslagen föra ärendet vidare till HSAN.

HSAN anför: När förtroendenämnderna tillskapades utgick statsmakterna från att nämnden därigenom skulle avlastas enklare ärenden. Så blev inte fallet. Tvärtom har ärendetillströmningen öakt starkt, från ca 800 under år 1980 till inemot 1 000 under år 1984. Det är naturligtvis omöjligt att avgöra vilka orsakerna är till denna utveckling. Det är sannolikt att antalet anmälningar till ansvarsnämnden skulle ha ökat ytterligare, om inte förtroendenämnderna hade funnits. Den närmast till hands liggande förklaringen är att allmänheten har blivit mera medveten om sina rättigheter och klagomöjligheter samt att personalen inom hälso- och sjukvården inte alltid har klart för sig vilka krav som den nya sjukvårdslagstiftningen ställer på samråd och information. Till ökningen bidrar också att personkretsen, som hör till nämndens kompetensområde, utvidgats i betydande omfattning genom tillsynslagen.

Enligt ansvarsnämndens erfarenhet är förtroendenämndernas arbetssätt mycket skiftande. I vissa fall arbetar nämnderna smidigt och effektivt, i andra fall synes de utvecklats till något slags lokala ansvarsnämnder med en byråkratisk handläggningsordning. Det sistnämnda var naturligtvis inte avsikten, då nämnderna kom till. Ansvarsnämnden är av den bestämda uppfattningen att förtroendenämnderna i första hand bör inrikta sig på att hjälpa till att på ett smidigt sätt lösa sådana alldagliga problem, som kan bero på bristande information före och efter medicinska åtgärder och daliga

kommunikationer mellan personal och patienter, däri också inbegripet påståenden om olämpligt uppträdande. På detta allmänmänskliga, utklarande plan kan förtroendenämnderna ofta på ett tidigt stadium, innan några psykologiska läsningar sker hos parterna, göra en för alla viktig insats. I allvarigare fall som motiverar anmälan till ansvarsnämnden eller patientförsäkringen bör förtroendenämnderna givetvis ge råd och hjälp i den utsträckning som är möjligt. Det vore i sådana fall en fördel, om nämnderna hade tillgång till juridisk expertis för konsultation.

Av vad som sagts i det föregående följer att ansvarsnämnden varmt tillstyrker arbetsgruppens förslag att nämnden skall till den berörda landstingskommunen få överlämna klagomål över brister i kontakten mellan patienter och personal inom hälso- och sjukvården eller över något annat liknande förhållande. Som exempel på sådana ärenden nämns klagomål över bemötande, uppträdande samt bristande kontakt och information i vården.

Ansvarsnämnden har en rik erfarenhet av ärenden av detta slag. En hel del ärenden hos nämnden avser inte i första hand anmälningar mot den medicinska vården i sig utan önskemål om information om skälen för olika åtgärder eller varför vissa åtgärder inte har vidtagits. I andra fall har patienterna inte fått information om vilka förväntningar man kan ha på resultatet av en medicinsk åtgärd och vilka olägenheter som är en vanlig följd av en viss behandling. Även om information har givits är det inte alltid så, att man har förvissat sig om att patienten har uppfattat informationen. Till nämnden kommer också många anmälningar från nära anhöriga till patienter, som vårdats under längre tid vid sjukhus. Dessa anhöriga har ofta engagerat sig starkt i vården och anser sig ha blivit dåligt informerade om sådant som rör vården av patienten.

Sådana brister i kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och patienter samt anhöriga leder ofta till onödiga anmälningar på grund av misstankar om felaktigheter i vården. Ansvarsnämnden utgår från att ärenden av detta slag skall kunna överlämnas till landstingskommunerna.

Arbetsgruppens förslag att en anmälan som överlämnats till förtroendenämnd inte skall kunna tas upp av ansvarsnämnden på nytt tillstyrker nämnden. Sådana ärenden bör i enlighet med arbetsgruppens förslag kunna avgöras av ansvarsnämndens ordförande ensam.

JO anför: Jag kan bara bekräfta att flera ärenden, som rör bristande kontakt, överlämnats härifrån för handläggning hos förtroendenämnd. Jag vill i det sammanhanget påpeka, att de bakomliggande kontaktproblemen kan ha flera olika förklaringar och att problemområdet alltså kan vara något vidare än vad exemplen i rapporten antyder. Några av de av mig överlämnade ärendena har t.ex. innefattat klagomål beträffande väntetider på sjukhus. Jag kan tänka mig att njuget tilltagna telefon- och besöksstider utgör liknande exempel på hinder för en god kontakt, som bör kunna klaras ut snabbare och enklare på det lokala planet. Sådana frågor bör också

ansvarsnämnden kunna hänskjuta till huvudmännen.

Landstingsförbundet tillstyrker förslaget att hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd får möjlighet att överlämna till huvudmännen vissa ärenden som anmälts till ansvarsnämnden.

Utredningens förslag att HSAN skall ha möjlighet att till sjukvårdshuvudmännen överlämna vissa ärenden tillstyrks av *SACO/SR*. Sådana ärenden kan vara klagomål över bemötanden eller bristande kontakt och information i vården.

PRF anser att med en väl känd och utökad förtroendenämnds verksamhet kommer många ärenden att klaras av på denna nivå. Detta får som följd att antalet anmälningar till Hälso- och Sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) drastiskt minskar, och dess handläggningstider förkortas. Kortare handläggningstid i HSAN minskar den psykiska press som en anmälan mot sjukvårdens befattningshavare utgör.

PRO framhåller att ärenden, där det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt, bör behandlas i ansvarsnämnden.

HCK vill inledningsvis erinra om att den lagstiftning som de så kallade patienträttigheterna stödjer sig på utgår från att andra grupper åläggs en skyldighet att visa hänsyn till patienten. I tillsynslagen stadgas att personalen måste erbjuda patienten en god omvårdnad och respekt. I hälso- och sjukvårdslagen stadgas om landstingens skyldighet att ge patienterna en god och kvalitativ vård som präglas av respekt för patienten. Det är alltså myndigheter och myndighetspersoner som skall erbjuda en god vård. Däremot stadgas ingen rätt för patienten till vård.

Möjligheterna till en utveckling av rättspraxis som klargör innebörden av begreppen god vård, rätt till information, medbestämmande och integritet är således i praktiken mycket begränsade. Någon motsvarighet till socialtjänstlagens bestämmelser om klientens rätt till bistånd finns icke i hälso- och sjukvårdslagen. Någon opartisk prövning av huruvida hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser åsidosatts kan egentligen icke komma till stånd. Kommunalbesvär innebär ju ingen sakprövning.

Arbetsgruppen föreslår att HSAN skall få överlämna ärenden som rör "klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen" till förtroendenämnderna.

Vi känner stark oro inför en sådan utveckling av patienternas rättsliga ställning inom sjukvården. Vi befarar att man i HSAN i fortsättningen endast kommer att behandla ärenden av medicinsk natur och överlämna alla omvårdnadsärenden till förtroendenämnderna. Detta menar vi kommer att få en olycklig påverkan på rättspraxis, speciellt då vad gäller tillsynslagens 5 §. Vi motsätter oss därför att patienternas möjligheter att få omvårdnadsärenden prövade i HSAN begränsas på detta sätt.

Ur patientsynpunkt är det angeläget att denna möjlighet att få en utveckling av rättspraxis rörande vissa omvårdnadsärenden icke begränsas.

Ansvarsnämnden har även i praktiken behandlat sådana frågor om bristande information och olämpligt uppträdande. Hänvisning kan ske till ansvarsnämndens ärenden HSAN 215/81, 51/82, 332/82. Sådana ärenden har även förts vidare till kammarrätten.

Även med understrykande av att omvårdnadsärenden även fortsättningsvis bör behandlas av ansvarsnämnden, finns det anledning att medge att vissa enklare ärenden både av medicinsk och omvårdnadsmässig natur som gäller brister i kontakten mellan patient och personal där problemen snabbast och med bästa resultat kan lösas lokalt bör kunna hänskjutas från ansvarsnämnd till förtroendenämnd. Även vissa andra bagatellärenden och ärenden som mera gäller sjukvårdsorganisationen än person bör också rimligen kunna hänskjutas till förtroendenämnderna. Det finns dock anledning att understryka att här bör samma begränsning införas som när det gäller hänskjutande av arbetsrättsliga problem. Det innebär att *det där det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt bör ärendet behandlas i ansvarsnämnd.*

Enligt arbetsgruppens förslag bör ärendena överlämnas från ansvarsnämnden direkt till huvudmannen och ej till förtroendenämnden. Som motivering anförs "att det inte alltid är säkert att det just är förtroendenämnden som skall gripa in – det kan lika gärna vara till exempel vederbörande landstingsråd eller klinikchef." Vem som inom landstinget skall avgöra vart ärendet skall hänföras framgår dock icke.

Från patientens synpunkt förefaller det naturligt att ärendet bör överlämnas direkt till förtroendenämnden. Förtroendenämnden är ju det landstingsorgan som har att ta emot ärenden där patienten framför kritik. Förtroendenämnden har till uppgift att förmedla kontakt med till exempel landstingsråd eller klinikchefer. Det finns ingen anledning att skapa oklarhet beträffande dessa ärenden som ansvarsnämnden anser sig böra överlämna till landstingen. Genom *ett uttryckligt stadgande att överlämnandet skall ske till landstingets förtroendenämnd* ges förtroendenämnderna en stärkt ställning. Detta får anses värdefullt ur patientens synpunkt.

Enligt arbetsgruppens förslag kan ett ärende som ansvarsnämnden överlämnat till förtroendenämnd icke bli föremål för ansvarsnämndens behandling. Detta måste anses otillfredsställande. Det kan mycket väl visa sig att ärenden som skenbart har en bagatellartad natur vid närmare utredning visar sig vara av betydande principiell vikt. Ur allmän synpunkt kan det visa sig angeläget att få ett prejudicerande uttalande av ansvarsnämnden. Ansvarsnämndens rätt att överlämna ärenden till förtroendenämnden bör som följd härav *kompletteras med en bestämmelse om att förtroendenämnden har rätt att återföra ärenden av principiell natur till ansvarsnämnden för dess prövning.*

Som ett led i strävandena att begränsa ärendemängden hos ansvarsnämnden bör också övervägas om icke *förtroendenämnden bör erhålla rätt att anhängiggöra ärende hos ansvarsnämnden.* Om en sådan ordning infördes

skulle patienterna icke behöva gå till ansvarsnämnden som första instans. Patienten skulle i tveksamma fall kunna vända sig till förtroendenämnden som gör en utredning och därmed även hjälper patienten att få perspektiv på ärendet. Resultatet skulle säkerligen bli att mera bagatellartade ärenden icke skulle anhängiggöras hos ansvarsnämnden. Om förtroendenämnderna tillerkändes möjlighet att anhängiggöra ärenden hos ansvarsnämnden skulle också garanti skapas för att principellt viktiga ärenden skulle komma under prövning av ansvarsnämnden. Patienternas rättssäkerhet skulle därmed kunna anses ha ökat. Förtroendenämndernas ställning skulle också stärkas.

I detta sammanhang vill vi också understryka att våra tidigare framförda krav på representation i förtroendenämnderna även gäller HSAN och speciellt angeläget blir detta om man skulle genomföra den föreslagna möjligheten för HSAN att lämna över ärenden till förtroendenämnderna.

Flertalet *hälso- och sjukvårdshuvudmän* har uttalat sig positivt för förslaget att HSAN skall kunna överlämna vissa ärenden till huvudmännen. I de flesta fall förespråkar huvudmännen att sådana ärenden överlämnas och handläggs av eller i vart fall kanaliseras över förtroendenämnderna.

Om förtroendenämnd inte finns förespråkar *Malmöhus läns landstingskommun* att ärendena överlämnas till hälso- och sjukvårdsnämnd.

Flera huvudmän understryker vikten av att disciplinära frågor inte läggs på nämnderna.

Förtroendenämnden inom Stockholms läns landstingskommun har den uppfattningen att flertalet ärenden som berör bemötande och bristande kontakt handläggs av sjukvårdsförvaltningarna direkt eller av landstingens förtroendenämnder. Det ligger därför helt i linje med förtroendenämndernas arbetsuppgifter att handlägga dessa ärenden.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och förtroendenämnderna omhändertar i princip olika slags ärenden. Nämnden anser att förtroendenämnderna bör ha möjlighet att direkt överlämna ett ärende till ansvarsnämnden om utredningen visar att ärendet bör prövas av denna nämnd. Förtroendenämnderna har under den gångna försöksverksamheten fått en god uppfattning om vilka ärenden som tillhör ansvarsnämndens kompetensområde och ansvarsnämnden får om arbetsgruppens förslag vinner gehör möjlighet att till sjukvårdshuvudmännen överlämna vissa ärenden.

Älvsborgs läns landstingskommun framför en viss tveksamhet beträffande möjligheterna att i någon större utsträckning avlasta ansvarsnämnden. Behovet av tjänstemannaservice vid förtroendemannanämndernas lokala kanslier torde medföra så betydande kostnadsökningar, att en förstärkning av ansvarsnämndens tjänstemannaresurser vore att föredra ur totalekonomisk synpunkt.

Kopparbergs läns landstingskommun anför följande: Arbetsgruppen ägnar relativt stor uppmärksamhet åt sambandet med hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Förslag redovisas också innebärande ökade möjligheter

för hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd att till sjukvårdshuvudmännen överlämna ärenden som rör klagomål över bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen eller bristande kontakt och information i vården. Förtroendenämnden har emellertid inte några disciplinära befogenheter. Ansvarsnämnden måste därför också i fortsättningen behandla även sådana frågor om disciplinansvar som har att göra med bemötandet av patienten samt kontakt och information i vården. I ett nyligen referat fall har ansvarsnämnden tilldelat vederbörande läkare erinran för irriterat och ohövligt uppträdande. Man måste således vara observant på risken för missuppfattningen att förtroendenämnden i ärenden av denna typ kan ersätta hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

De remitterade lagförslagen

1 Förslag till Patientjournallag

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall föras *patientjournal*. Patientjournal skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Med vård avses i denna lag även undersökning och behandling.

2 § Med patientjournal avses i denna lag de handlingar som har upprättats eller inkommit under vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (*journalhandlingar*).

Som journalhandling anses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel.

Krav på patientjournal och journalhandling

3 § En patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna föreligger, skall en patientjournal innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjorts.

Uppgifter som avses i denna paragraf skall tas in i patientjournalen så snart det kan ske.

4 § Varje uppgift i en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården skall utformas så, att patientens integritet respekteras.

5 § De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt möjligt förståeliga för patienten.

6 § Varje journalhandling skall hanteras och förvaras så, att den som är obehörig inte får tillgång till den.

Om en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen har lämnats till någon, skall det antecknas i patientjournalen vem som har fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har utlämnats.

7 § Uppgifter i en journalhandling får inte utplånas eller göras oläsliga i andra fall än som avses i 13 §. Vid rättelse av en felaktighet skall det anges när rättelsen har skett och vem som har företagit den.

Bevarande av journalhandling

8 § En journalhandling skall bevaras till dess minst tre år har förflutit efter det den sista uppgiften fördes in i den. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva att bevarandetiden skall vara minst tio år för vissa journalhandlingar.

Om arkivvård av patientjournaler i det allmännas verksamhet finns det särskilda bestämmelser.

Skyldighet att föra patientjournal

9 § Skyldig att föra patientjournal är

1. den som enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, är verksam som logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare,
3. den som är verksam som arbetsterapeut, kurator eller sjukhusfysiker i den allmänna hälso- och sjukvården.

Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.

Skyldighet att utfärda intyg om vården

10 § Den som enligt 9 § är skyldig att föra patientjournal, skall på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

Offentlighet och sekretess m.m.

11 § Om rätten att ta del av journalhandlingar i det allmännas verksamhet finns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen (1980:100).

12 § En journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård skall på begäran av patienten genast eller så snart som möjligt tillhandahållas honom för läsning

eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om inte annat följer av 6 § andra stycket eller 6 a § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Frågor om utlämnande av en journalhandling enligt första stycket prövas av den som är ansvarig för patientjournalen. Anser denne att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut, skall han genast med eget yttrande överlämna frågan till socialstyrelsen för prövning.

I fråga om överklagande av socialstyrelsens beslut enligt andra stycket gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 15 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100).

13 § På ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i en patientjournal får socialstyrelsen förordna att journalen helt eller delvis skall förstöras. En förutsättning för detta är dels att godtagbara skäl anförs för ansökan, dels att patientjournalen eller den del därav som skall förstöras uppenbarligen inte behövs för patientens vård eller att det uppenbarligen inte finns allmänna skäl för att den bevaras.

Innan ansökan slutligt prövas, skall den som ansvarar för patientjournalen beredas tillfälle att yttra sig.

Om socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av en patientjournal, får beslutet överklagas hos kammarrätten genom besvär. Om socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

Ytterligare föreskrifter

14 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får, om det finns särskilda skäl, meddela föreskrifter om undantag från bestämmelsen i 5 § att en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skriven på svenska språket.

15 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter i de frågor som avses i denna lag.

Regeringen får överlåta åt den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om en journalhandlings utformning, innehåll och hantering.

Patientjournaler i krig m.m.

16 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om patientjournaler i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

2. Bestämmelserna i 12 § första stycket gäller inte journalanteckningar som har tillkommit före den 1 juli 1980.

3. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om överklagande av socialstyrelsens beslut angående förstöring av patientjournal när beslutet har meddelats före den 1 januari 1986.

4. Förekommer i lag eller annan författning hänvisning till en föreskrift som har ersatts genom en bestämmelse i denna lag tillämpas i stället den nya bestämmelsen.

2 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.¹

dels att 8–11 §§ och punkt 1 övergangsbestämmelserna skall upphöra att gälla.

dels att rubriken närmast före 8 § skall utgå.

dels att 13, 38, och 43 §§ skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

13 §²

Har åtgärder vidtagits för att åtala den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, får disciplinärt förfarande enligt denna lag ej inledas eller fortsättas i fråga om den förseelse som avses med åtgärden. Underrättelse enligt 29 § får dock ske.

Anmälan till åtal skall ske, om den mot vilken disciplinpåföljd ifrågasätts är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott, för vilket fängelse är föreskrivet.

Anmälan till åtal skall göras av socialstyrelsen om annat inte följer av 38 § *andra* stycket.

Anmälan till åtal skall göras av socialstyrelsen om annat inte följer av 38 § *tredje* stycket.

38 §

Disciplinärende beträffande arbetstagare får överlämnas av ansvarsnämnden till arbetsgivaren för den åtgärd som kan ankomma på honom, om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden inte är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt.

Innehåller en anmälan till ansvarsnämnden klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen hos en landstingskommun eller över något annat liknande förhållande, och är det uppenbart att anmälan inte kan föranleda disciplinansvar enligt denna lag, får nämnden överlämna anmälan i den delen till landstingskommunen för åtgärd. Vad som sägs om landstingskommun gäller också kommun som inte ingår i en landstingskommun.

Finns ansvarsnämnden i ett där anhängigt ärende att förutsättningarna enligt 13 § *andra* stycket för anmälan till åtal föreligger, skall nämnden fullgöra anmälningsskyldigheten.

¹ Senaste lydelse av 9 § 1980:989.

² Senaste lydelse 1984:543.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*43 §³

I fråga om talan mot socialstyrelsens beslut enligt 10 § gäller i tillämpliga delar 15 kap. 7 § sekretesslagen.

Om socialstyrelsen har avslagit en ansökan om förstöring av en journal, får beslutet överklagas hos regeringen genom besvär.

Om socialstyrelsens beslut innebär bifall till en sådan ansökan får beslutet inte överklagas.

Socialstyrelsens beslut att förelägga vite enligt 7 § får överklagas hos kammarrätten genom besvär.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986.

³ Senaste lydelse 1981:1246.

Innehåll	Sid.
Proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	3
Utdrag av protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-21	8
1 Inledning	8
2 Allmän motivering	9
2.1 Allmänna utgångspunkter	9
2.2 Den nya lagens tillämpningsområde m.m.	12
2.3 Krav på patientjournaler och journalhandlingar	16
2.4 Skyldighet att föra journal m.m.	25
2.5 Förstöring av patientjournaler m.m.	28
2.6 Bevarande av journalhandlingar	31
2.7 Möjligheterna att avlasta hälso- och sjukvårdens ansvars- nämnd ökas	34
3 Upprättade lagförslag	35
4 Specialmotivering	35
5 Hemställan	53
6 Beslut	53
Utdrag av lagrådets protokoll den 1985-03-27	54
Utdrag av protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-28	55

Bilagor

1. Sammanfattning av journalutredningens huvudbetänkande (SOU 1984:73) Patientjournalen	56
2. Utredningens lagförslag	62
3. Remissammanställning över Journalutredningens huvudbetän- kande Patientjournalen (SOU 1984:73)	66
4. Utdrag ur remissammanställning över rapporten (Ds S 1984:16) Förtroendekommittéer inom hälso- och sjukvården	148
5. De remitterade lagförslagen	156