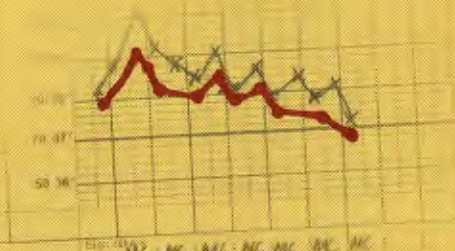


LISTA, temperatur, behandling

Diagnos	Cholecystit. ac.	
Diagnostik	Cave sulfa	
År	2	9/7
Ålder	1/2	
År	188	

KIR

PATIENTJOURNALEN



12:00 18:00 00:00

inf. 200 mg x 1
 or. tabl. 100 mg x 1

→ → → → → →

Huvudbetänkande av
 journalutredningen





Statens offentliga utredningar

1984:73

Socialdepartementet

Patientjournalen

Huvudbetänkande av journalutredningen

Stockholm 1984

Omslag Magnus Günther, AdSum
ISBN 91-38-08442-2
ISSN 0375-250X
Minab/Gotab, Stockholm 1984

Till statsrådet Sigurdsen

Journalutredningen tillsattes i början av år 1980 för att göra en översyn av gällande råd i fråga om gallring i vissa medicinska arkiv m.m. och har tidigare avgett delbetänkandet Bevarande av journaler m.m. (Ds S 1982:5) om arkivfrågorna. Utredningen fick den 13 november 1980 tilläggsdirektiv. Arbetet har efter år 1982 utförts i enlighet med dessa.

Professor Sven Dahlgren förordnades den 20 september 1982 som särskild utredare. Journalutredningen har under den senaste arbetsfasen också bestått av, som sakkunnig, avdelningschefen Viking Falk och, som experter, utredningssekreteraren Björn Albrechtsson, leg.läkaren Erik Bolinder, utbildningssekreteraren Karin Christiani, klinikassistenten Kerstin Johansson, byrådirektören Hans Malker, överläkaren Gunnel Mellbin, byråchefen Carl Norström, överläkaren Hans Peterson, förbundsjuristen Jan Sahlin, överläkaren Karl-Holger Sjöberg, professorn Björn Smedby och departementssekreteraren Helena Starup. Byrådirektören Björn Forsberg har varit utredningens sekreterare.

Journalutredningen får härmed överlämna sitt huvudbetänkande Patientjournalen.

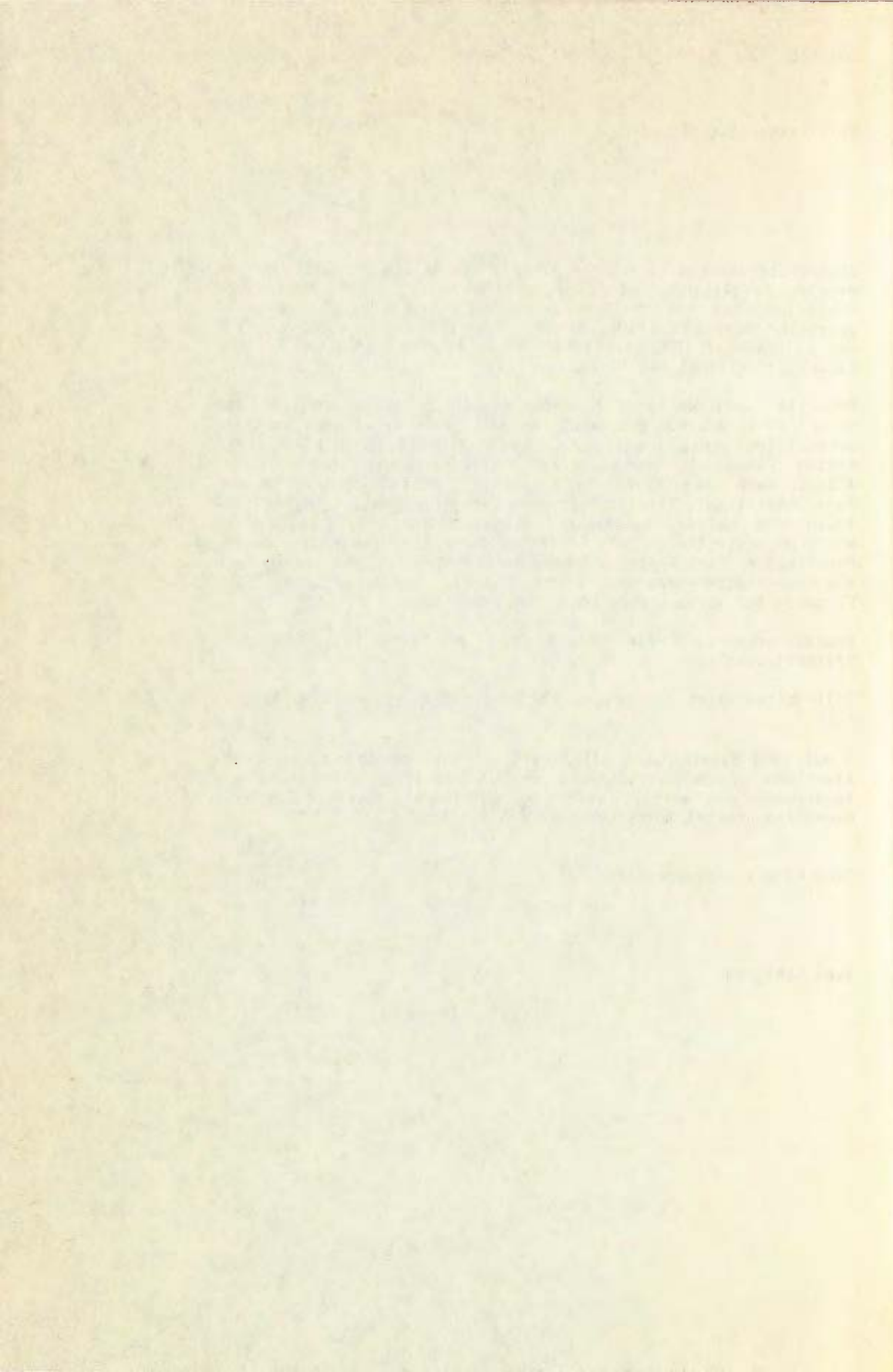
Till betänkandet har fogats ett särskilt yttrande av Viking Falk.

I maj 1984 överlämnades till journalutredningen vissa av socialstyrelsen gjorda överväganden om hur journaler hos läkare och tandläkare som avlidit eller deslegitimerats skall behandlas. Utredningsarbetet fortsätter med denna fråga.

Stockholm i september 1984

Sven Dahlgren

/Björn Forsberg



INNEHÅLL

SAMMANFATTNING.....	11
FÖRFATTNINGSFÖRSLAG.....	19
1 Förslag till lag om patientjournaler.....	19
2 Förslag till lag om ändring i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjuk- vårdspersonalen m.fl.....	22
1 UTGÅNGSPUNKTER.....	23
1.1 Journalutredningens tilläggsdirektiv.....	23
1.2 Frågor som överlämnats till utredningen.....	26
1.3 Journalutredningens arbete.....	26
1.4 Allmänna utgångspunkter.....	27
1.4.1 En starkare ställning för patienten.....	27
1.4.2 En vidgad handlingsfrihet för landstingen.....	29
1.4.3 En verksamhet i förändring.....	31
2 DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNINGAR.....	33
2.1 Journalbegreppet.....	33
2.2 Journalutredningens val av begreppsapparat.....	39
2.3 Verksamheter som omfattas av översynen.....	43
3 JOURNALFÖRINGEN I DE NORDISKA LÄNDERNA.....	45
3.1 Danmark.....	45
3.2 Finland.....	48
3.3 Island.....	50
3.4 Norge.....	50
3.5 Några utvecklingsprojekt.....	52

4	INTEGRITET OCH SEKRETESS.....	55
4.1	De gällande reglerna.....	57
4.1.1	Sekretessregler.....	58
4.1.2	Regler om utlämnande av patientuppgifter.....	61
4.1.3	Regler om hantering och förvaring av journaler....	64
4.2	Några utvecklingsdrag.....	65
4.2.1	Fler personer berörs av journalhanteringen.....	66
4.2.2	Mängden personliga uppgifter.....	66
4.2.3	Informationsutbytet.....	68
4.2.4	Integrerade informationssystem.....	70
4.3.	Journalutredningens överväganden och förslag.....	73
4.3.1	Personkretsen och informationsmängden.....	75
4.3.2.	Informationsutbytet och den inre sekretessen.....	77
4.3.3.	Det externa utbytet av informationer i vårdsyfte.....	80
4.3.4.	Uppgiftslämnandet till myndigheter och de centrala registren.....	84
5	SKYLDIGHETEN ATT FÖRA JOURNAL.....	89
5.1	De gällande reglerna.....	89
5.2	Journalföringspraxis.....	91
5.3	Några problem med det gällande regelsystemet.....	106
5.4	Journalutredningens överväganden och förslag.....	108
5.4.1	Kriterier för en rättslig reglering.....	108
5.4.2	Journalföringen som en del av det medicinska ledningsansvaret och som ett personligt yrkesansvar.....	110
5.4.3	Ansvar för journalföringen.....	111
5.4.4	Yrkesutövare som personligen åläggs att föra journal.....	113
5.4.5	Innebörden av journalföringskyldigheten.....	116
5.5	Några konsekvenser av förslaget.....	120

6	JOURNALENS INNEHÅLL.....	123
6.1	De gällande reglerna.....	123
6.2	Journalföringspraxis.....	126
6.2.1	Anamnes och status.....	126
6.2.2	Dag- eller mottagningsanteckningar.....	128
6.2.3	Epikris.....	130
6.3	Journalutredningens överväganden och förslag.....	131
6.3.1	Begränsning till väsentliga uppgifter.....	131
6.3.2	Den rättsliga regleringen av journalers innehåll.....	134
7	JOURNALENS UTFORMNING.....	137
7.1	De gällande reglerna.....	137
7.2	Några utvecklingsdrag.....	138
7.2.1	Olika typer av konventionella journaler.....	140
7.2.2	Datajournaler.....	143
7.3	Journalutredningens överväganden och förslag.....	146
7.3.1	Utvecklingen hittills och ADB-tekniken.....	146
7.3.2	Behovet av regler om journalernas utformning.....	148
7.3.3	De olika yrkesgruppernas journaler.....	151
8	JOURNALFÖRANDET.....	153
8.1	De gällande reglerna.....	153
8.2	Språket i journaler.....	155
8.2.1	Språkfrågans bakgrund.....	156
8.2.2	Språkbarriären.....	158
8.3	Journalutredningens överväganden och förslag.....	160
8.3.1	Subjektiva värdeomdömen.....	161
8.3.2	Den språkliga utformningen.....	162
8.3.3	Identifikationsuppgifter.....	165
8.3.4	Tydliga anteckningar.....	167
8.3.5	Signering, ändringar och rättelser.....	168

9	FÖRFOGANDE ÖVER JOURNALER.....	175
9.1	De gällande reglerna.....	175
9.1.1	Skilnaden mellan gallring och förstöring.....	177
9.2	Journalförstöring enligt tillsynslagen.....	179
9.2.1.	Ärenden om journalförstöring.....	180
9.2.2.	Tekniken vid förstöring av mikrofilmade eller dataregistrerade journaler.....	182
9.3	Journalutredningens överväganden och förslag.....	184
9.3.1	Bevarandetiden.....	185
9.3.2	En utvidgad möjlighet till journalförstöring.....	189
10	PATIENTREGISTER.....	195
10.1	De gällande reglerna.....	195
10.2	De lokala och regionala registren.....	196
10.3	De centrala registren.....	200
10.4	Journalutredningens överväganden och förslag.....	203
11	UTBILDNING I JOURNALFÖRING.....	207
11.1	Allmänt om vårddyrkesutbildningarna.....	207
11.2	Journalföringen i nuvarande utbildningar.....	209
11.3	Journalutredningens överväganden och förslag.....	211
12	FÖRFATTNINGSFRÅGOR.....	213
12.1	Författningsläget.....	213
12.2	Journalutredningens överväganden i författ- ningsfrågor.....	215
12.3	Författningsmässiga konsekvenser.....	216
13	EKONOMISKA KONSEKVENSER AV UTREDNINGENS FÖRSLAG.....	221

14	SPECIALMOTIVERING TILL DEN FÖRESLAGNA LAGEN OM PATIENTJURNALER.....	225
	SÄRSKILT YTTRANDE av Viking Falk.....	235

BILAGOR

Bilaga 1	Utredningsdirektiven.....	239
Bilaga 2	Sammanställning av föreskrifter och allmänna råd om patientdokumentation och register.....	245

SAMMANFATTNING

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, utredning 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 förhållande 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 blivit 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 avseenden. Utredningen förslår vidare att huvudmännen stöder dessa initiativ, t.ex. genom informationsinsatser inom ramen för pågående internutbildningsaktiviteter.

Bl.a. betoningen 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 kommuninnevänares 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 rapporteringskyldigheten till de centrala registren och föreslår att statsmakterna i grunden ser över författningsstödet

för dessa och myndigheternas befogenheter i sammanhanget. Det samma 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 målbestämmelse. En försvenskning av det medicinska språket kan lätt bli löjväckande 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 utlämnande 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 jämföras 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 överensstämmelsen 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 personuppgifter 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 försvårat 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 journalutskrifter.

För närvarande saknas i viss utsträckning helt bindande regler om bevarandet av journaler. 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 utslutande 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 kunskaperna som behövs. Stödåtgärder bör också ges i landstingens internutbildning. Den samlade effekten av journalutredningens förslag bedöms bli oförändrade kostnader för huvudmännen, enskilda och staten.

FÖRFATTNINGSFÖRSLAG

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 allmänna verksamheten 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 tillLag 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 lydelseFöreslagen lydelse43 §¹

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 juli 1985.

¹Senaste lydelse 1981:1346.

1 UTGÅNGSPUNKTER

Journalutredningen avgav i juni 1982 delbetänkandet Bevarande av journaler m.m. (Ds S 1982:5). I delbetänkandet behandlades utslutande olika arkivfrågor i enlighet med utredningens ursprungliga direktiv (Dir 1980:5). Arbetet innebar i huvudsak en översyn av riksarkivets ännu gällande allmänna råd om gallring i vissa medicinska arkiv. Frågor om bevarande och gallring av barn- och elevhälsovårdsjournaler inom skolhälsovården samt värnpliktigas journaler och medicinska inskrivningsuppgifter hos värnpliktsverket berördes även. Under arbetet med arkivfrågorna fick journalutredningen tilläggsdirektiv (Dir 1980:76), som medförde en väsentlig utvidgning av utredningsuppdraget. Det fortsatta arbetet kom i enlighet härmed att omfatta en översyn av den grundläggande patientdokumentationen i ett helt nytt och vidare perspektiv. Utredningsarbetet har således bedrivits i två faser, som haft olika karaktär: först arkivfrågorna och därefter övergripande frågor om en journallag. Den omvända ordningen hade visserligen varit mer naturlig, men utredningen gjorde den bedömningen att det brådskade mest med en omarbetning av riksarkivets gallringsråd.

1.1 Journalutredningens tilläggsdirektiv

Tilläggsdirektiven (1980:76) till journalutredningen (i det följande endast benämnt direktiven) återges i sin helhet i bilaga 1. Nedan redovisas ett utdrag ur direktiven, som innehåller slutsatserna eller själva innebörden av uppdraget.

Patientjournalen är ett centralt dokument inom hälso- och sjukvården. Syftet med gällande bestämmelser om journaler m.m. är i första hand att tillgodose patienternas intresse av en god och säker vård. Journalen ger således den enskilde yrkesutövaren möjligheter att följa egnas och andras tidigare diagnoser och behandlingsåtgärder. Samhället får samtidigt

möjlighet att kontrollera kvaliteten i yrkesutövningen. Under senare tid har även forskningens intresse av journalmaterialet betonats bl.a. för att förebygga sjukdomar och skador inte minst inom den yrkesmedicinska verksamheten och inom företagshälsovården. Patienten har emellertid också ett starkt intresse av att personliga uppgifter om honom inte sprids obehörigen. Det förhållandet att inom den moderna sjukvården allt mera används olika nya dokumentationsmetoder såsom band- och videoupptagningar, fotokopiering, datateknik och mikrofilmning försvårar kontrollen över spridningen.

Gällande bestämmelser om skyldighet att föra journal är begränsade till ett fåtal personalgrupper och vissa verksamhetsformer inom hälso- och sjukvården. Endast vissa minimiuppgifter skall antecknas i journalen. Regler saknas för hur en journal skall vara utformad och vilka andra dokument som skall föras inom hälso- och sjukvården. Detta gäller även frågan om hur journaler m.fl. handlingar skall förvaras. De bestämmelser som finns är svårtillgängliga och spridda i författningar utfärdade på olika nivåer och av olika organ.

En översyn bör därför ske 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. Översynen bör leda till förslag om vilka befattningshavare som skall vara skyldiga att föra journal, i vilka situationer skyldighet skall föreligga, och inom vilka verksamhetsformer journal skall föras. Översynen bör omfatta även de övriga handlingar om patienterna som behövs inom hälso- och sjukvården såsom patientloggare, patientregister och uppgifter om patient till annan myndighet. Översynen bör också omfatta vad journalen bör innehålla och hur journalen bör vara utformad. Av särskilt intresse är att belysa möjligheterna att förenkla och förbilliga journalhanteringen, t.ex. med ändamålsenliga administrativa rutiner eller med användande av modern teknik. Utgångspunkten bör vara att de grundläggande bestämmelserna om skyldigheten att föra journal bör ges i lag. Vid översynen bör eftersträvas en ökad enhetlighet av bestämmelserna. Så långt det är möjligt bör likartade bestämmelser föras samman i en enda författning.

Översynen bör ske i nära samarbete med Språ. Vidare bör hållas fortlöpande och nära kontakt med Landstingsförbundet. I fråga om dokumentation inom skolhälsovården bör samråd ske även med Svenska kommunförbundet. Under översynsarbetet bör kontakt också tas med försvarets sjukvårdsstyrelse och värnpliktsverket.

F.n. ses bestämmelserna om gallring av de medicinska arkiven över av en särskild utredare (S 1980:3). Att utföra den förordade översynen bör ges som ett tilläggsuppdrag till den särskilde utredaren.

Vissa praktiska frågor har uppkommit i samband med användningen av olika nya metoder för dokumentation, rörande förvaringsrutiner, rutiner för fotokopiering och utlåning av journaler, diktering av journaler och rättelse, ändring eller förstöring av journal, t.ex. hur förstöring eller ändring av en mikrofilmad journal praktiskt skall ske. Frågan om vem som ansvarar för riktigheten av införda anteckningar i journaler och om varje införd uppgift skall signeras av behandlande läkare diskuteras ofta bland den berörda personalen. Den ökande användningen av diktafoner i journalhanteringen vållar också problem både vad gäller komprimering av journaltexten och ansvaret för rättelser eller ändringar i den utskrivna texten. I dag saknas en enhetlig reglering av dessa frågor vilket vållar osäkerhet bland personalen framför allt med hänsyn till patienternas integritets- och rättssäkerhetsintressen. I den utsträckning det visar sig möjligt och lämpligt bör översynen också omfatta dessa och liknande frågor. Utredaren bör under översynsarbetet ta del av de erfarenheter som förekommande försöksverksamheter med problemorienterade patientjournaler bl.a. på samnordiskt initiativ kan ha givit.

Under utredningsarbetets gång har journalutredningen - liksom andra statliga kommittéer - fått del av tilläggsdirektiv (Dir 1984:5 och 1981:42) om åtgärder för att komma till rätta med de stora underskotten i den offentliga sektorns finanser och om begränsning av statlig normgivning till kommuner och landstingskommuner. Utgångspunkten skall vara att förslagen som kommittéerna lägger fram inte får öka de offentliga utgifterna eller minska statsinkomsterna och att varje möjlighet att effektivisera den offentliga sektorn bör tillvaratas. Detta innebär bl.a. krav på rationaliseringar och omprövning av pågående verksamhet inom utredningsområdet samt att kostnadsberäkningar skall presenteras. En annan viktig utgångspunkt är att kommunerna och landstingskommunerna själva så långt möjligt skall få göra nödvändiga avvägningar mellan olika verksamhetsområden. Av hänsyn till den kommunala självstyrelsen och samhällsekonomin bör tvingande statliga föreskrifter i största möjliga utsträckning undvikas. Sådan reglering bör i princip endast förekomma när särskilt starka skäl kan åberopas. Förslagen skall också medverka till att göra myndigheternas regler färre, klarare och enklare. I detta arbete ingår bl.a. åtgärder för att få till stånd en bättre åtskillnad mellan bindande och icke bindande regler.

1.2 Frågor som överlämnats till utredningen

Under arbetet har journalutredningen fått del av ett flertal beslut av JO och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd i journalföringsfrågor. Utredningen har också mottagit skrivelser från andra myndigheter, organisationer eller enskilda. Några av dessa har innehållit yrkanden i olika avseenden, medan andra endast delgetts för kännedom. Besluten och skrivelserna har tjänat som underlag vid utredningens överväganden i de olika delfrågorna och refereras i några fall under respektive avsnitt i betänkandet.

I riksdagen har aktualiserats flera principiella frågor, som överlämnats till eller bekantgjorts för journalutredningen. Konstitutionsutskottet har i ett betänkande (KU 1980/81:10) efterlyst en undersökning om möjligheten för en patient att få sin journal förstörd även när denna eller kopior av den förvaras annorstädes än inom hälso- och sjukvården. Frågan om användande av svenska i journaler och intyg har behandlats av socialutskottet vid flera tillfällen, senast i betänkandet SoU 1982/83:21 om medicinsk språkvård. En skrivelse från professor Lars Erik Böttiger vid Karolinska institutet i samma ärende har år 1981 överlämnats till utredningen av socialdepartementet. Under det senaste riksmötet har statsrådet Sigurdsen besvarat en interpellation och två frågor som avsett integritetsaspekter på journalföringen eller dataregistreringen av patientuppgifter. I svaren har bl.a. hänvisats till det pågående arbetet inom journalutredningen.

1.3 Journalutredningens arbete

Arbetet med de frågor som berörs i detta huvudbetänkande påbörjades under senare delen av hösten 1982. Journalutredningen har hållit 14 sammanträden, varav två ägnats åt information jämte särskilda överläggningar med Spri respektive socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. I juni 1983 besökte utredningsmannen och sekreteraren Egilsstadir i Island för att studera erfarenheterna av ett samnordiskt utvecklingsprojekt om individbaserade informationssystem för primärvård. Under studieresan

gavs även tillfälle till diskussioner med representanter för Islands centrala hälsovårdsmyndighet i Reykjavik.

För att få belyst vilken journalföringspraxis som tillämpas i den psykiatriska vården har en enkät tillställts samtliga barn- och ungdomspsykiatriska samt vuxenpsykiatriska kliniker och ett urval öppenvårdsmottagningar. Utredningen har anordnat en hearing om modern teknik för patientdokumentation med ett flertal inbjudna experter i datafrågor. Vidare har utredningsmannen och sekreteraren bl.a. deltagit i särskilda överläggningar hos statsrådet Sigurdsen om patientregister och integritetsfrågor när det gäller dessa.

I frågor om dokumentation inom skolhälsovården har kontakt tagits med skolöverstyrelsen och Svenska kommunförbundet. Även försvarets sjukvårdsstyrelse och värnpliktsverket har kontaktats. En fortlöpande kontakt med Landstingsförbundet har upprätthållits genom förbundsjuristens expertmedverkan i journalutredningen.

1.4 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 sjukvårdens roll utan även företagshälsovården, socialtjänsten, tandvården, omsorgerna om utvecklingsstörda och hälsoskyddet. Vissa av reformerna har redan förts ut i praktisk verksamhet, men flera frågor har ännu inte nått en slutlig lösning. Om man tolkar uppdraget till journalutredningen mot bakgrund av de övergripande vårdpolitiska strävandena avtecknar sig en yttre ram för arbetet. Det kan därför finnas skäl att här kort beröra de viktigare dragen i utvecklingen hittills och den pågående förändringsprocessen.

1.4.1 En starkare ställning för patienten

Patientens situation i den moderna hälso- och sjukvården har rönt ökad uppmärksamhet. Under 1970-talet framkom önskemål och krav på reformer med syftet att i högre grad tillvarata patientens rätt

och intressen. 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 medhjälpare. Det beror också på arbete som utförs av tekniker och andra specialister som patienten inte kommer i närmare kontakt med. Arbetstidsförkortningar och andra organisatoriska förändringar har medfört svårigheter att upprätthålla en kontinuerlig personlig kontakt mellan personal och patient.

Patienter som söker läkare har förväntningar på dennes beteende och man brukar tala om olika roller i vårdkontakten. Patientrollen skulle hittills ha kännetecknats av passivitet och 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 uppöva förmågan till god kontakt och samarbete med patienten. Utvecklingen tycks med andra ord gå mot en mer jämbördig rollfördelning, även om det finns många som anser att förändringsprocessen är alltför trög.

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 dras upp i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen (tillsynslagen). Denna lag innehåller vissa centrala och för patientens rättsställning grundläggande regler. Ett allmänt åliggande är att behandla patienten med aktning och förståelse, att om möjligt utforma och genomföra vården i samråd med honom samt att informera honom om hälsotillståndet eller den planerade behandlingen. Patienten ges också en aktiv roll i det disciplinära förfarandet.

Samtidigt med tillsynslagen utfärdades en lag om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården (1980:12). Denna lag 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 - bristande kontakt, tidsnöd, missförstånd etc. - inte alltid lyckats tillgodose kontakt- och informationsbehovet. Inom socialdepartementet pågår f.n. en utvärdering av förtroendenämndernas verksamhet.

Av central betydelse för utredningsarbetet är slutligen hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som trädde i kraft den 1 januari 1983. Denna lag (HSL) klargör på ett övergripande sätt ansvar och uppgifter för landstingens hälso- och sjukvård. HSL riktar sig alltså till hälso- och sjukvårdshuvudmännen, medan tillsynslagen riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonalen. De båda lagarna kompletterar varandra och samverkar när det gäller målen 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.

Man kan alltså notera en klart uttalad vilja från statsmakternas sida, att genom lagstiftning stärka patienternas ställning i vården. I förarbetena till HSL (prop. 1981/82:97) nämner föredragande statsrådet journalutredningens direktiv på ett sådant sätt, att man får den uppfattningen att utredningsuppdraget kan komma att utgöra grunden för ytterligare steg på den inslagna vägen.

1.4.2 En vidgad handlingsfrihet för landstingen

Hälso- och sjukvården i vårt land har under de senaste årtiondena genomgått en snabb utveckling. Organisatoriskt har genomförts ett i princip enhetligt huvudmannaskap med landstingen och de kommuner som inte ingår i någon landstingskommun, dvs. 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 så bidrar man genom särskilda statsbidrag och via sjukförsäkringen i sjukvår-

dens finansiering. Som central förvaltningsmyndighet medverkar socialstyrelsen i planeringen på central nivå och svarar för tillsynen inom området.

Också andra viktiga samhällsuppgifter än hälso- och sjukvården har förts över från staten till kommuner och landsting. De kommunala organen 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 landsting.

Statsmakternas allmänna synsätt i 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 bl.a. behandlats i samband med översynen av socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. Den nya hälso- och sjukvårdslagen ger stort utrymme för landstingen att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. I propositionen uttalas bl.a. att den statliga tillsynen främst bör avse allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning till huvudmannen. 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. Detta nödvändiggör vissa statliga regler och en statlig tillsyn.

Tidigare har redogjorts för de särskilda direktiven (1981:42) till samtliga kommittéer. En återhållsamhet ifråga om den statliga normgivningen måste dock vägas av mot patienters angelägna krav på enhetlighet och säkerhet. En sådan intresseavvägning förväntas också av journalutredningen.

1.4.3 En verksamhet i förändring

Hälso- och sjukvården har expanderat snabbt under de senaste årtiondena. De totala årliga kostnaderna för verksamheten var år 1982 över 50 miljarder kronor. Detta svarar mot närmare 10 % av bruttonationalprodukten, vilket kan jämföras med 3 % år 1960. Det råder idag politisk enighet om nödvändigheten av att anpassa landstingens och kommunernas utgifter till det samhällsekonomiska utrymme som står till förfogande.

Av vårdpolitiska skäl har hälso- och sjukvården under det senaste decenniet fått en ändrad inriktning. Primärvård, långtidssjukvård och psykiatri har därvid ställts i förgrunden. En ökad samverkan mellan olika verksamhetsområden och en social helhetssyn kännetecknar vidare den pågående utvecklingen. Under de senaste åren har härutöver behovet av förebyggande insatser alltmer uppmärksamats. Även inom tandvården räknar man med betydande hälsovinsten vid en påskyndad utveckling mot förebyggande arbete. I dessa sammanhang har även betonats betydelsen av ökade forskningsinsatser inom t.ex. epidemiologi och hälso- och sjukvårdsforskning.

Utbyggnaden av hälso- och sjukvården har möjliggjorts genom att samhället också har ökat utbildningen till olika vårdyrken. Numera finns särskilt anpassade utbildningsvägar för flertalet yrken inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen har samtidigt gått mot specialisering. Förteckningen över specialiteter för läkare upptar t.ex. närmare ett femtiotal olika specialiteter.

Den allmänna utbildningsnivån och den förfinade vårdyrkesutbildningen har påverkat arbets- och ansvarsfördelningen inom vårdsektorn. Nya grupper med specialiserade yrkesroller har tillkommit. Genom delegeringsförfarandet har samtidigt getts möjligheter att bättre tillvarata personalens kunskaper och färdigheter och därmed höja effektiviteten i verksamheten. Ett exempel på detta är sjuksköterskornas arbetsuppgifter, som successivt vidgats och delvis blivit mer kvalificerade. Det finns skäl att räkna med att denna utveckling kommer att fortsätta.

Det kärnare ekonomiska läget påverkar även förutsättningarna för journalutredningen. Det är ett krav att utredningens förslag skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade resurser eller finansieras genom rationaliseringar och förändringar av den pågående verksamheten. Ett allmänt mål är naturligtvis att utredningsresultatet skall vara väl anpassat till vad vi nu kan förutsäga om den närmaste framtiden på vårdområdet.

2 DEFINITIONER OCH AVGRÄNSNINGAR

I detta betänkande återkommer vissa begrepp, som är av fundamental betydelse inför lagstiftningsarbetet och för förståelsen av journalutredningens diskussioner och förslag i de olika delfrågorna. Det har t.ex. visat sig under utredningens gång, att den till synes enkla frågan om vad som egentligen menas med journal är långt ifrån självklar. På senare tid har kritik riktats mot den omfattande regelgivningen i samhället och mot oklarheter i den terminologi som används i dessa sammanhang. Utredningens översyn har av naturliga skäl koncentrerats till förhållandena inom hälso- och sjukvården, men har dessutom berört vissa andra verksamhetsområden. Nedan redogörs för journalutredningens val av begreppsapparat och för preciseringar eller avgränsningar som gjorts.

2.1 Journalbegreppet

I direktiven till journalutredningen konstateras bl.a. att patientjournalen är ett centralt dokument inom hälso- och sjukvården och att det t.ex saknas regler för hur en journal skall vara utformad och vilka andra dokument som skall föras. Utredningens översyn bör därför - förklaras det - omfatta utformningen av den grundläggande patientdokumentationen, vilket är ett vidare begrepp än vad som traditionellt menas med journal.

Utredningsarbetet har visat att det finns en diskrepans mellan praktisk och juridisk syn på journalen. Ordet "journal" eller varianterna "patientjournal" och "sjukjournal" kan dessutom ha något olika innebörd i olika författningar samtidigt som det kan ges olika betydelser bland de praktiskt verksamma ute i hälso- och sjukvården. En författningsreglering av journalföringen förutsätter en fast terminologi och för journalutredningen har det

givetvis varit av grundläggande betydelse att klarlägga den rubricerade definitionsfrågan.

Ordet journal kom in i svenska språket redan på 1600-talet och härstammar ursprungligen från latinet (*diurnalis* = daglig). I synnerhet i fackspråk har ordet brukats om liggare innehållande sådana anteckningar rörande vissa bestämda förhållanden som görs dag för dag på grund av lag, påbud eller allmänt vedertaget bruk. Språkligt anges dagbok och liggare (Svenska Akademiens ordlista) vara synonyma uttryck, vilket klargör att man tänker sig en bunden skrift där det görs återkommande anteckningar.

Den ursprungliga betydelsen har också tagits till utgångspunkt för den juridiska synen på journalen. Denna kommer tydligast till uttryck i tryckfrihetsförordningens (TF) bestämmelser om när allmänna handlingar skall anses upprättade. I 2 kap. 7 § TF jämföras nämligen journaler med diarier samt sådana register eller andra förteckningar som förs fortlöpande. Dessa typer av handlingar anses upprättade när de "färdigställts för anteckning eller införing", dvs. anteckningarna blir omedelbart hänförliga till allmänna handlingar.

I förarbetena till de berörda grundlagsreglerna (prop. 1975/76:160) påpekas beträffande diarier och journaler endast att bestämmelsen är tillämplig både på handlingar som är hänförliga till en myndighets verksamhet i stort (t.ex. ett centralt diarium över alla inkomna och expedierade handlingar) och på handlingar inom ramen för ett visst ärende (t.ex. ett dagboksblad i en domstolsakt). Förarbetena ger sålunda inte något klart besked om det från förvaltningen hämtade journalbegreppet också syftar på hälso- och sjukvårdens patientjournaler. Av rättspraxis, JO-uttalanden i olika ärenden, beslut i f.d. medicinalväsendets ansvarsnämnd och t.ex. föredragande statsrådets uttalanden i propositionen (1979/80:2) med förslag till ny sekretesslag kan man dock utläsa, att en sådan tolkning allmänt accepterats. I detta läge - när man alltså har skäl misstänka att lagstiftaren och de rättstillämpande organen inte tänkt sig att patientjournalen till sitt väsen skiljer sig från journaler av register- eller

diarietyper - finns all anledning att klargöra den grundläggande medicinska dokumentationens verkliga karaktär.

Historiskt sett är antagligen jämförelserna helt riktiga. Utvecklingen under 1900-talet har emellertid inneburit att journalen ändrat både form och karaktär. Från att ha varit en bunden liggare där läkaren själv förde löpande dag(bok)anteckningar har den medicinska journalen vuxit till en aktsamling av en mängd olika handlingar. Den bundna formen övergavs redan i början av 1900-talet på flertalet sjukhus. Vidare är det numera endast en del av journalhandlingarna, som entydigt kännetecknas av att anteckningsformen är fortlöpande. En större eller mindre mängd dokument i en vanlig journal innehåller uppgifter om olika väl avgränsade moment av utredningen och behandlingen. Ytterligare en förändring är att journalföring inte längre är en "enmansangelägenhet" för den behandlande läkaren. Redan vid sekelskiftet infördes ett särskilt temperaturkurveblad, som med tiden kom att föras av sjuksköterskan på vårdavdelningen. Man kan spåra en liknande utveckling i den öppna vården. Enligt en år 1964 av socialstyrelsen fastställd normalinstruktion skall distrikts-sköterskor föra dagbok över sin verksamhet. Numera är emellertid begreppet journal allmänt vedertaget även inom distriktsvården. De ifrågasvarande journalerna förs enligt kort- eller lösbladssystem och innehåller flera andra handlingar än distriktssköterskans "egna" journalblad.

Dagens journal kan sägas vara resultatet av den övergripande medicinska utvecklingen mot en mer komplicerad och specialiserad vård samt vårdorganisatoriska förändringar. Remissförfarandet intar t.ex. en viktig plats. I ökande utsträckning sker samverkan mellan den enhet som har det omedelbara ansvaret för patientens vård och olika avdelningar för medicinsk service eller specialister på andra kliniker och avdelningar. Om kommunikationen formaliserats och följer etablerade remissvägar förväntas ett skriftligt utlåtande. Som komplement till läkarens behandlingsanteckningar och sjuksköterskans vådrapportering innehåller således journaler regelmässigt en stor mängd provsvar och konsultutlåtanden. Den medicinskt-tekniska utredningen kan också dokumenteras i

särskilda laborationslistor liksom man ibland använder sig av särskilda blanketter för olika specialundersökningar.

Som nyss sagts innehåller journalen ett rikligt material om de medicinskt-tekniska utredningsresultaten och/eller tolkningar av dessa. Av tradition biläggs ibland dessutom själva primärmaterial. Rutinerna varierar beroende på den behandlande läkarens intresse, vad som anses praktisk osv. I sjukhusens journaler utgör t.ex. EKG-remsor en tung post.

Eftersom man i sjukvårdsverksamheten inte haft några särskilda diaries över inkomna och expedierade skrivelser har det fallit sig naturligt att förvara den typen av handlingar tillsammans med patientens övriga handlingar. Journaler består därför också av en ganska stor grupp dokument, som inte direkt behövs för patientens vård och behandling, men som ändå avser denne. Flertalet av dessa är kopior av t.ex. korrespondens med kolleger och myndigheter, internremisslappar, intyg, främmande journaler, blanketter för vårdadministrativa ändamål m.m.

Beskrivningen ovan grundas i första hand på uppgifter om den slutna vården, men man kan notera en utveckling efter i stort sett samma mönster i andra verksamheter inom vårdsektorn. Även i t.ex. primärvården och företagshälsovården har journalerna vuxit och ändrat karaktär i takt med att konsultationer av olika slag blivit vanligare, vilket medfört att antalet remisshandlingar ökat. Eftersom journalen är ett typiskt arbetsmaterial kan det finnas olika uppfattningar om vad den skall innehålla. På det hela taget tycks det dock som om man inom varje verksamhetsområde har utvecklat en gemensam grundsyn om vad som har en given plats i journalen.

De nämnda förändringarna av dokumentationsprinciperna kan också avläsas i socialstyrelsens regelverk om journaler. I äldre författningar tycks begreppet journal ha reserverats för läkares och tandläkares anteckningar. Kraven på de övriga yrkesgruppernas dokumentation var lägre och denna benämndes i stället dagbok, patient- eller hälsokort osv. I författningar som tillkommit

under senare år synes det dock som om formen inte längre har så stor betydelse. I stället har regleringen kommit att avse sakinnehållet i olika avseenden och bl.a. i samband härmed har journalbegreppet fått en vidare användning. Journal har väl numera närmast kommit att bli en samlingsterm för varje formaliserat dokumenterande av olika medicinska, psykologiska och sociala uppgifter om patienter inom hälso- och sjukvård eller tandvård. Det väsentliga tycks vara att uppgifterna är patientrelaterade och att de inhämtats och dokumenterats inom något av de nämnda verksamhetsområdena. En sjukhusanställd kurators noteringar kan t.ex. dokumenteras i "patientjournalen" eller i "kuratorsanteckningar", medan kanske samma uppgifter benämns "personakt" om kuratorn i stället arbetar inom socialtjänsten.

Man kan alltså urskilja två olika bestämningar av journalbegreppet. Dessa har visserligen en gemensam kärna men är ändå inte helt identiska. För personer som är praktiskt verksamma i hälso- och sjukvården är journal liktydigt med de olika handlingar som för tillfället förvaras i journalmappen. Juristen har - å andra sidan - en mer traditionell syn på journalen såsom varande av hälso- och sjukvårdspersonalen personligen nedtecknade kronologiska åtgärdsnoteringar "under handläggningens gång".

De båda synsätten kan vara förenliga med varandra, men de kan också ge motstridiga resultat i olika praktiska tillämpningsfrågor. Till belysande av detta återges här följande uttalande i ett beslut som refereras i JO:s ämbetsberättelse 1982/83 s. 231 ff.

I en anmälan till JO riktade en person (H), vilken var föremål för utredning vid rättspsykiatriska kliniken i Stockholm, klagomål mot att han vägrats ta del av anteckningar som personalen vid kliniken förde om honom. I utredningen i ärendet angavs att det gällde följande typer av anteckningar.

Kuratorsanteckningar fördes till stöd för minnet dels i det kurativa arbetet dels som underlag för undersökningen. De var avsedda endast för kuratorn och sparades i allmänhet inte. Varje kurator hade sin egen metod för anteckningarna. I ärendet H. tog kuratorn en kopia av dagboksbladet, där vissa data framgick, och skrev en del anteckningar på detta. Anteckningarna beträffande H. sparades på grund av att H. inte släppte kontakten med kliniken.

Avdelningsanteckningar. På avdelningarna fördes s.k. avdelningsanteckningar beträffande samtliga patienter i en bunden bok eller pärm. De fördes i löpande följd för varje dag och innehöll sådant som ansågs vara viktigt att anteckna. Sedan boken eller pärmen var fulltecknad omhändertogs den för arkivering.

Terapianteckningar. En gång varje vecka hölls avdelningskonferens och man gick då igenom och diskuterade de olika patienterna. Vid konferensen var en företrädare för terapiavdelningen närvarande. Denne förde anteckningar som var av betydelse för terapiavdelningen i syfte att delge den övriga personalen som arbetade där. Det gällde framför allt uppgifter om hur olika patienter skulle bemötas och om deras tillstånd. Anteckningarna sparades aldrig efter det att patienten lämnat kliniken.

J0 anförde i sitt beslut bl.a. följande.

Avgörande vid bedömning av H:s rätt att ta del av de anteckningar som förts om honom blir frågan om nämnda anteckningar är allmänna handlingar eller inte.

Av 2 kap. 7 § tryckfrihetsförordningen framgår att journal samt sådant register eller annan förteckning som förs löpande är upprättad och därmed allmän handling, när handlingen har färdigställts för anteckning eller införing. De avdelningsanteckningar som förs vid statens rättspsykiatriska klinik i Stockholm faller under begreppet journal eller annan förteckning som förs fortlöpande. Av nyssnämnda lagregel framgår att avdelningsanteckningarna blir allmänna handlingar så fort pärmen färdigställts för anteckning eller införing. Enligt min mening råder alltså ingen tvekan om att avdelningsanteckningarna är allmänna handlingar.

Mera diskutabelt är frågan om de anteckningar som förs hos kuratorer och på terapiavdelningen är allmänna eller inte.

Vad först gäller kuratorsanteckningarna vill jag säga följande. Gäller det anteckningar som förs av kurator som tillfälligt stöd för minnet, anser jag att de kan bedömas som privata minnesanteckningar. De faller därför inte in under begreppet allmänna handlingar. Om anteckningarna förs i ordnad form och sparas för längre tid än de behövs för en aktuell åtgärd, är de däremot att anse som allmänna handlingar och bör då likställas med journalanteckningar. Mot bakgrund av vad som upplysts om förandet av anteckningar hos kuratorerna vid rättspsykiatriska kliniken i Stockholm kommer jag till den slutsatsen att de i de flesta fall måste anses som allmänna handlingar. Såvitt gäller de anteckningar som förts om H. har dessa bevarats vid kliniken. Därmed har handlingen med anteckningarna utan tvekan blivit allmän handling.

Vad sedan gäller de anteckningar som förts vid terapiavdelningen har i ärendet upplysts att anteckningarna förts för att ge information till personalen vid terapiavdelningen angående patienternas tillstånd etc. De har således inte förts av någon tjänsteman som privata anteckningar till stöd för hans minne utan för att hållas tillgängliga för personalen vid avdelningen. Därmed bör de enligt min mening anses som allmänna handlingar och jämföras med de tidigare nämnda avdelningsanteckningarna. I likhet med kuratorsanteckningarna har de om H. vid terapiavdelningen förda anteckningarna sparats. Även dessa anteckningar har därmed otvivelaktigt blivit allmänna handlingar.

De olika handlingar som diskuterats är således enligt min bedömning allmänna handlingar.

Man bör uppmärksamma, att klinikledningen inte i något fall karaktäriserade de i J0-ärendet berörda dokumentationstyperna som journal. Om dessa inrymts under en gemensam journaldefinition så hade det fallit sig naturligt att omedelbart delge patienten samtliga uppgifter om honom. Man kan emellertid också tänka sig situationer där den rättsliga bestämningen av journalbegreppet är snävare än vad de praktiskt verksamma normalt lägger in i detta begrepp:

Patienten H. begärde i enlighet med 11 § tillsynslagen (1980:11) år 1982 hos socialstyrelsen att vissa av handlingarna i hennes journal skulle förstöras, bl.a. en kopia av beslut av dåvarande medicinalväsendets ansvarsnämnd. Styrelsen, som delvis biföll ansökningsansåg sig dock sakna befogenhet att förordna om förstöring av beslutskopian från ansvarsnämnden då kopian inte var att betrakta som journalhandling rörande patientens vård eller behandling. H. anförde besvär över beslutet, men regeringen avslag år 1983 besvären.

2.2 Journalutredningens val av begreppsapparat

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården och har i denna egenskap haft en mycket stark inverkan på utvecklingen inom sitt ansvarsområde. Denna styrning har åstadkommits på olika vägar, men vanligtvis formaliserats i "medicinalförfattningar" (före 1976: MF, senare: SOS FS), eller "råd och anvisningar" (numera "allmänna råd"). Vid sin normgiv-

ning har styrelsen inte alltid gjort en klar distinktion mellan sådana regler som avsågs vara bindande för sjukvårdshuvudmannen eller en enskild person bland hälso- och sjukvårdspersonalen och andra regler, som mottagaren hade i det närmaste full frihet att följa eller inte. Styrelsens ställningstaganden har för det mesta följts lojalt och i praktiken varit normerande även i situationer där en större frihet - formellt sett - varit tänkbar.

Enligt direktiven skall journalutredningen eftersträva en ökad enhetlighet av bestämmelserna på området. Förslagen skall också medverka till att göra myndigheternas regler färre, klarare och enklare. I propositionen (1983/84:119) om förenkling av myndigheternas föreskrifter, anvisningar och råd förordas en rad åtgärder. För att gränsen mellan bindande och icke-bindande regler skall bli så klar som möjligt föreslås bl.a. en klarare terminologi. Propositionen har nyligen lett till ändringar i författningssamlingsförordningen (1976:725). Den nya innebörden av begreppen har ännu inte trängt igenom regelsystemet, varför man under lång tid framöver har att räkna med oklarheter beträffande redan beslutade författningars rättsliga status. I detta betänkande har dock den nya terminologin tillämpats där så varit möjligt. Det synes därför motiverat med en kort förklaring av några ofta återkommande begrepp.

Termen anvisningar skall numera inte få användas som beteckning på bindande regler. Eftersom termen även i övrigt kan missförstås har journalutredningen valt, att helt undvika just detta ord. Allmänna råd omfattar olika typer av icke-bindande regler. De utgör rekommendationer om tillämpningen av en bakomliggande författning och anvisar hur någon lämpligen kan handla i vissa hänseenden utan att utesluta andra handlingssätt. Föreskrifter kännetecknas av att de är bindande för myndigheter och enskilda, samtidigt som de är generellt tillämpbara. Myndigheter under regeringen är enligt regeringsformen behöriga att besluta föreskrifter endast efter uttryckligt bemyndigande av regeringen. När det gäller föreskrifter i vissa ämnen, som är särskilt viktiga för medborgarna, måste regeringens bemyndigande i sin tur ha stöd i ett bemyndigande av riksdagen. Termen bestämmelser, som

inte har definierats i den nämnda propositionen, används här synonymt med föreskrifter. Författning har reserverats för bindande regler och används här i betydelsen komplex av lagbestämmelser, förordningsbestämmelser eller andra föreskrifter. Som ett gemensamt begrepp för både föreskrifter och allmänna råd används genomgående termen regler.

Journalutredningen konstaterar att det råder olika meningar om innebörden av begreppet journal och att denna osäkerhet bl.a. kan tänkas försvåra möjligheterna för patienter att utöva sina rättigheter. En renodling av begreppen skulle troligen underlätta hälso- och sjukvårdspersonalens förståelse av de rättstillämpande myndigheternas beslut och bringa reda i flera praktiska journalfrågor ute i hälso- och sjukvården. Det tycks t.ex. finnas en utbredd osäkerhet om vilken status som olika nyintroducerade specialdokument har. För journalutredningen har en strikt terminologi varit av central betydelse vid utarbetande av lagtexten.

Den vanliga journalen är egentligen en samling av ett varierande antal fristående handlingar, som har det gemensamt att de i vidare mening berör vården av en enskild patient. Man skulle därför kunna välja helt nya begrepp, t.ex. "patientakt" eller "den samlade primära patientdokumentationen", som klarare utmärker att det inte längre behöver vara anteckningar i diarie- eller dagboksform eller uteslutande en dokumentation om vård- och behandlingsåtgärder. Journal är emellertid vedertaget språkbruk i hälso- och sjukvården. Ett ordbyte eller förändringar av begreppsinnhållet skulle visserligen kunna medföra en bättre anpassning till tryckfrihetsförordningen, men skulle samtidigt skapa nya problem för de praktiskt verksamma.

Journalutredningen har valt att behålla begreppet "patientjournal" eller (förkortat) "journal" som beteckning på det samlade materialet om en patient. "Journalhandling" är därvid ett underordnat begrepp, dvs. en del av en patientjournal. Med uttrycken "journalföring" eller "att föra journal" avser utredningen en formaliserad redogörelse för patientvården, dvs. en åtgärd i syfte att dokumentera vården av den enskilde patienten. Begreppet

"patientvård" syftar i sin tur på tillsynslagens (1980:11) definition av hälso- och sjukvårdspersonal. Härmed avses nämligen den individuellt inriktade vården till förebyggande, uppspårande, utredning eller behandling av sjukdom, skada eller kroppsfel samt vård i samband med barnsbörd. Från det äldre väldefinierade sjukdomsbegreppet i sin mer renodlat medicinska bemärkelse har efter hand utvecklats en vidgad insikt om att den vårdsökandes problem ibland måste ses i ett vidare perspektiv. En journal behöver därför inte endast innehålla strikt medicinska uppgifter utan kan lika väl beskriva psykologiska eller sociala aspekter på patientvården. Journalföring kan innebära en begränsad resultat- eller åtgärdsbeskrivning, men kan också - när så behövs - förutsätta en fylligare diskussion om de bakomliggande motiven för ett visst vårdbeslut. Journalutredningens definition innebär, som nyss påpekats, att en patientjournal kan - men inte behöver - vara en fortlöpande beskrivning. Man kan med andra ord inte dra alla journaler över en kam vid tillämpningen av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar.

Det förebyggande arbetet kännetecknas inte alltid av ett sökande av vård på eget initiativ. Från hälso- och sjukvården utgår kallelser till gynekologisk hälsokontroll, mammografiundersökning, screening av bröstcancer m.m., som riktar sig till hela åldersgrupper. Även företagshälsovården inrymmer en stor del uppsökande verksamhet av liknande karaktär. I dessa situationer kan man knappast tala om en äkta patientrelation och det känns också främmande att kalla den enskilde för patient. Inom psykiatrin använder man sig ibland av termen "klient" och på en del vårdhem föredrar man ordet "gäst", som anses ha en personligare karaktär. Journalutredningen har för enkelhetens skull valt att tillämpa en vidgad innebörd av patientbegreppet, vilket för övrigt redan gjorts i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Begreppet "patient" används alltså här genomgående som beteckning för den enskilde i hans kontakter med hälso- och sjukvården eller tandvården. Enligt utredningens nyss redovisade definition utgör den dokumentation som upprättas i dessa sammanhang journaler.

Den förebyggande verksamheten kan också inriktas mot den miljö som människorna lever och arbetar i. Företagshälsovården arbetar inte bara individuellt förebyggande utan är egentligen främst inriktad på arbetsmiljön. Med HSL har landstingen fått ett vidgat ansvar, som omfattar även miljöinriktade åtgärder. Dokumentation om sådant arbete, som saknar den individuella anknytningen, hänförs inte till journalbegreppet.

2.3 Verksamheter som omfattas av översynen

I direktiven förutsätts att journalutredningens översyn skall omfatta den grundläggande patientdokumentationen inom hälso- och sjukvården. Vad som menas med hälso- och sjukvård har, efter det att direktiven skrevs, definierats i 1 § HSL. Enligt denna definition avses "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador". Åtgärder med anledning av kroppsfel och barnsbörd innefattas i begreppet hälso- och sjukvård trots att de inte uttryckligen nämns i lagen. Detsamma gäller åtgärder i samband med abort och sterilisering. Hit räknas också företagshälsovården, skolhälsovården och studerandehälsovården liksom sjuktransporter.

Enligt förarbetena till HSL är uttryckligen åtgärder enligt lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda och tandvård enligt folktandvårdslagen (1973:457) liksom den tandvård som bedrivs av privatpraktiserande tandläkare undantagna från begreppet hälso- och sjukvård. Båda dessa vårdområden har på senare tid setts över (av omsorgskommittén respektive 1978 års tandvårdsutredning) och slutlig ställning har ännu inte tagits till hur de skall regleras i framtiden.

Journalutredningen har inte tolkat sina direktiv så, att det varit en medveten avsikt att journalfrågor inom t.ex. omsorgs- verksamheten och tandvården strikt skall avskiljas vid utredningsarbetet. Häremot talar t.ex. den omständigheten att de flesta journalproblemen är gemensamma oberoende av verksamhetsområde. Journalföring är till sin karaktär en praktisk uppgift som

utförs av hälso- och sjukvårdspersonalen. Utredningen har därför funnit det naturligt att anknyta arbetet mer till tillsynslagen, som ju reglerar åligganden och ansvar för personalen, än till HSL.

Sambandet med tillsynslagen har medfört, att även den hälso- och sjukvård som inte bedrivs i organisatoriskt självständiga former utan som mer eller mindre omfattande inslag i annan verksamhet, t.ex. inom socialtjänsten, kriminalvården och förbandssjukvården, berörs av journalutredningens arbete. Detsamma gäller för övrigt verksamheten på de rättsmedicinska och rättspsykiatriska kliniker och stationerna, som också kan omfatta individuella vårdmoment. Likaledes har alla hälsoundersökningar inkluderats, även sådana som inte primärt har vård- eller behandlingssyfte utan går ut på att fastställa en persons lämplighet för en viss uppgift eller befattning, t.ex. inför ansökan om körkort.

3 JOURNALFÖRINGEN I DE NORDISKA LÄNDERNA

Den medicinska och odontologiska verksamheten är internationell. De grundläggande dokumentationsprinciperna visar därför många gemensamma drag i de olika länderna. I vetenskapliga facktidsskrifter har under årens lopp publicerats åtskilliga artiklar om medicinsk patientdokumentation och den internationella utvecklingen följs fortlöpande av fackintresserade här i Sverige. En systematisk genomgång av dessa artiklar eller någon annan form av kartläggning av erfarenheterna av journalföringen i utlandet skulle kunna ge intressanta uppslag för svensk hälso- och sjukvård. Ett sådant arbete skulle dock bli omfattande och tiden har inte medgett detta. Journalutredningen har därför begränsat sig till våra närmaste grannländer, bl.a. eftersom de nordiska ländernas allmänna regleringar av hälso- och sjukvårdsverksamheterna i flera avseenden visar stora likheter med det svenska systemet. Principerna om offentlighet och sekretess är dock helt annorlunda. Sverige har i en nordisk överenskommelse om bl.a. gemensam nordisk arbetsmarknad för vissa yrkesgrupper på hälso- och sjukvårdens område förbundit sig, att verka för så enhetlig lagstiftning som möjligt för dessa gruppers yrkesutövning. Några nordiska utvecklingsprojekt på journalområdet redovisas också.

3.1 Danmark

Läkare (samt sjukhus eller kliniker), barnmorskor, tandläkare och kliniska tandtekniker är ålagda i lag att föra ordnade anteckningar över sin verksamhet (journalföring). Anteckningarna skall bevaras i minst tio år. I anslutning till respektive lag har sundhetsstyrelsen utfärdat kompletterande cirkulär med bindande eller vägledande riktlinjer. För vissa verksamheter har sundhetsstyrelsen dessutom fastställt godkända journalblankettsystem.

Enligt cirkuläret (1981) för praktiserande läkares/specialläkares journalföring är det nödvändigt att det görs anteckningar angående patientkontakter

- när man företar behandling
- när förhållandena kräver fortsatt kontroll
- när man ordinerar receptbelagda läkemedel
- när patienten remitteras till undersökning och/eller behandling hos en annan läkare, laboratorium eller sjukhus.

För varje patient skall i dessa situationer upprättas journal, som omfattar:

- patientens namn, födelsedatum och hemadress
- tidpunkt för konsultationer och behandlingar
- orsaken till kontakten
- diagnos
- den inledda behandlingen; vid ordination av receptbelagt läkemedel: namn, styrka, mängd samt dosering.

Undantag medges endast om journalföring, enligt läkarens bedömning av omständigheterna i de enskilda fallet, inte är nödvändig för den fortsatta behandlingen eller kontrollen.

För läkare vid hälsoundersökningar av barn i åldrarna 0-6 år och för skolläkare gäller särskilda riktlinjer. I dessa verksamheter skall användas av sundhetsstyrelsen godkända journalformulär. För skolhälsovården gäller att journalen skall förvaras på ett betryggande sätt vid den skola där barnet går och medfölja vid skolbyte.

Enligt cirkuläret (1981) om barnmorskor skall barnmorskan föra journalanteckningar varav det klart skall framgå gjorda observationer, behandlingar som dessa föranlett och vilka läkemedel som använts. Barnmorskan skall försäkra sig om att alla läkarordinationer införs i journalen. Barnmorskans självständiga skyldighet att föra ordnade anteckningar gäller oberoende av om läka-

re dessutom för sjukhusjournal. Sundhetsstyrelsen har godkänt ett journalsystem för mödrahälsovård och förlossning.

Enligt särskilda riktlinjer beträffande barnhälsovården respektive beträffande hemsjukvården skall sjuksköterska föra journal över barnen/patienterna. Sjuksköterskan skall därvid använda det av sundhetsstyrelsen godkända journalsystemet, som omfattar olika journalblanketter och rapportformulär för respektive verksamhet. Ansvaret för journalerna åvilar sjuksköterskan så länge hon använder dem. Om barnet/patienten flyttar skall journalen sändas till hälsovårdsförvaltningen i den nya hemkommunen.

I sundhetsstyrelsens kungörelse (1977) om tandläkares skyldighet att föra ordnade anteckningar föreskrivs att en journal enligt kortsystem skall upprättas beträffande varje undersökt eller behandlad patient. Röntgenbilder eller kliniska fotografier av en patient är en del av journalen. Anteckningarna skall föras med varaktig skrift och vara tydligt läsbara. Förkortningar skall direkt kunna förstås av fackfolk. Journal skall innehålla vissa angivna uppgifter om patientens tidigare behandlingar, resultaten av tandläkares undersökning, dentalmaterial som använts, ordinationer och remisser m.m.

I anslutning till den nämnda kungörelsen har styrelsen lämnat särskilda råd om användningen av ett godkänt standardjournalsystem, som uppfyller de föreskrivna kraven.

Sundhetsstyrelsens kungörelse (1981) om kliniska tandteknikers skyldighet att föra ordnade anteckningar jämte särskilda vägledande riktlinjer innehåller föreskrifter och råd om tandteknikers journalföring, som är så gott som identiska med motsvarande regler för tandläkare. Även för tandteknikerna finns ett av sundhetsstyrelsen godkänt standardjournalsystem.

För bl.a. statistiska ändamål, planering och för epidemiologiska studier registreras vissa patientuppgifter i olika dataregister. Sundhetsstyrelsen är t.ex. registeransvarig för landspatientregistret, som innehåller upplysningar om personer som behandlats i

somatisk sjukhusvård. Övriga patientregister hos styrelsen är odontologiskt-, abort-, biverknings-, psykiskt handikapp-, dödsorsak- och medicinskt födelseregister. Härutöver finns flera lokala eller regionala register för särskilda ändamål.

3.2 Finland

Med stöd av bemyndigande i lag har den finska medicinalstyrelsen fastställt föreskrifter om sjukjournaler och vissa andra patienthandlingar för olika verksamhetsområden: de allmänna sjukhusen (1970), psykiatrisk vård (1979) och hälsovårdscentraler (1982). Dessa cirkulär har utformats efter i stort sett samma mönster men reglerna är något mer utförliga beträffande sjukhuspatienter än för poliklinik- och öppenvårdspatienter. Behandlande läkare ansvarar för journalföringen, medan avdelningssköterskan skall ombesörja anteckningar om patientens allmänna kondition, utdelade läkemedel, vätske- och blodtransfusioner och dieten. Medicinalstyrelsen har vidare ålagt privatpraktiserande läkare och tandläkare skyldighet att föra bok över patienter (1980) samt optiker att föra kortregister över undersökta personer (1978). De båda senare cirkulären innehåller endast några få enklare journalföringsregler.

Allmänt sett synes föreskrifterna vara bättre samlade och i några avseenden betydligt utförligare än i Sverige. Medicinalstyrelsens starka grepp över verksamheten kommer bl.a. till uttryck i att endast journalblanketter som fastställts av styrelsen får användas vid sjukhusen och hälsovårdscentralerna. Nedan beskrivs några av kraven som bedöms vara av särskilt intresse.

Alla anteckningar i sjukjournalen skall förses med namn och tjänstetitel. Endast allmänt kända och godkända begrepp och förkortningar får användas. Journalen skall innehålla följande:

- personuppgifter, bl.a. krav på yrkesuppgift
- orsak till intagning på sjukhus och intagningsätt
- preliminära uppgifter, bl.a. krävs en beskrivning över av patienten själv redovisade subjektiva symtom

- nuvarande tillstånd eller status
- vårdplan, dvs en plan över behövliga tilläggsundersökningar och vårdåtgärder (inkl. medicinsk rehabilitering)
- sjukdomens förlopp, vård och uppföljning
- den slutliga diagnosen
- slututlåtandet eller epikrisen.

Anteckningar skall göras på vårdplanen tillräckligt ofta. Om inga ändringar sker i patientens allmäntillstånd bör detta meddelas medelst anteckning, som göres med ca 7-10 dagars mellanrum. För långtidspatienter är det skäl att göra uppföljningsanteckningar åtminstone med två-tre månaders mellanrum. Om sjukhusvården fortgår över ett år skall läkaren årligen utarbeta ett sammandrag av uppföljnings- och andra anteckningar. En långtidspatientens vårdplan skall halvårsvis kontrolleras.

Sjukhusen är dessutom skyldiga att föra register eller kronologisk patientjournal med data om intagning, vård och utskrivning samt kronologisk katalog över de läkare, som ansvarar för vården på de olika avdelningarna.

Vidare finns bl.a. föreskrifter om redogörelse till patienten om sjukhusvistelsen, om vidarebefordran av uppgifter till den läkare som handhar den fortsatta vården och om skötseln av journalarkiv, arkiveringsordning m.m. Patienten har t.ex. rätt att vid utskrivningen få en skriftlig redogörelse för väsentliga undersöknings- och vårdåtgärder samt de uppgifter som är nödvändiga för den fortsatta vården. Översändande av kopia av epikrisen till annan läkare förutsätter patientens medgivande.

Parallellt med det grundläggande sjukjournalssystemet registrerar medicinalstyrelsen vissa patientdata för statistik, uppföljning av biverkningar m.m. Det finns t.ex. centrala register för utskrivningsrapporter från sjukhusen, missbildningsregister, register över läkemedelsbiverkningar, abort- och steriliseringsstatistik, rapporter om infektionssjukdomar, vaccinationsregister och narkotikauppföljning. Medicinalstyrelsens register som förs utanför medicinalstyrelsen är cancer-, tuberkulos- och synskaderegistren. *

3.3 Island

I en särskild författning från år 1964 fastställs föreskrifter om sjukjournaler. Enligt den är alla läkare skyldiga att hålla kartotek över samtliga patienter och att där registrera:

- patientens namn, ålder, yrke och adress
- datum för läkarundersökning och de viktigaste undersökningarna
- diagnos, behandling och resultat när detta är känt.

Vidare åläggs varje sjukhus, sjukstuga och andra hälso- och sjukvårdsinstitutioner att föra journal över samtliga patienter som vistas där eller söker sig dit. I journalen förs uppgifter om:

- patientens namn, ålder, yrke och adress
- ankomstdatum och utskrivningsdatum
- anamnes, status och resultat av undersökningar
- diagnos, behandling samt uppgifter om utskrivningen (hemmet, annat sjukhus etc.).

3.4 Norge

Socialdepartementet i Norge har med stöd av lag år 1983 meddelat föreskrifter om läkares och hälsoinstitutioners journaler för patienter och, samma år, om tandläkares journaler för patienter. Dessa båda föreskrifter har många gemensamma drag. Regler har år 1975 också fastställts för verksamheten på konvalescenthem och kurbad, enligt vilka medicinska journaler skall föras om gästerna. Psykologer är skyldiga, enligt föreskrifter från år 1974, att föra ordnade anteckningar med angivet minimiinhåll om sitt arbete med patienter/klienter. Detsamma gäller sedan år 1978 beträffande fysioterapeuter, sjukgymnaster och massörer. I en lag år 1898 om barnmorskor förutsätts, att barnmorskan för dagbok över sin verksamhet och avger födelsemeddelanden.

De norska föreskrifterna är koncentrerade och inte lika detaljrika som i Finland eller Sverige. Nedan redovisas några av föreskrifterna om läkarjournaler.

För att få använda video- eller ljudbandsupptagningar i samband med behandling eller journalföring krävs patientens samtycke. Om privatpraktiserande läkare eller privat vårdinstitution vill utnyttja ADB vid sin journalföring krävs myndighets tillstånd.

Varje journalanteckning skall dateras och det skall tydligt framgå vem som svarat för den. Läkare som uppmärksammar fel eller brister i journalen är skyldig att rätta dessa. Även patienten kan kräva rättelse av journalen. Det anges hur en korrekt rättelse skall utföras.

Journalen skall minst innehålla:

- patientens namn, personnummer och adress
- sjukhistoria
- diagnos
- vidtagen behandling, föreskrivna läkemedel, givna råd m.m.
- tidpunkt för konsultation, undersökning, besök, telefonsamtal, korrespondens m.m.
- andra upplysningar av betydelse för diagnos, behandling eller prognos.

Journaler skall förvaras på ett betryggande sätt under minst tio år (privatläkare och tandläkare) eller tjugo år (sjukhus). Journalarkiv, som hör samman med en viss anställning, praktik eller gruppläkarmottagning, kan efter avtal härom överlåtas på en annan läkare. En patient kan kräva att hans journal i stället överförs till den läkare som han uppger.

För bl.a. statistiska ändamål, planering och som bakgrundsmaterial för epidemiologiska studier registreras vissa patientuppgifter i olika dataregister. Det finns i Norge, liksom i de övriga nordiska länderna, olika centrala register, t.ex. dödsorsaks-, cancer-, skärmbilds-, tuberkulos-, missbildnings- och medicinskt födelseregister.

3.5 Några utvecklingsprojekt

Sedan 1975 har bedrivits ett utvecklingsarbete om problemorienterade journaler och ett individbaserat informationssystem för primärvård i Island, det s.k. Egilsstadirprojektet. Projektet har beskrivits i en rapport, som publicerats på svenska av Nordisk Medicinal - Statistisk Kommitté (NOMESKO) år 1980.

Egilsstadir-modellen innebär inte en komplett datajournal. I det dagliga arbetet använder sig läkarna av "vanliga" journaler, som man mer konsekvent valt att inrikta mot de olika hälsoproblem som patienten anger, s.k. problemorienterad journal. Två särskilda journalblanketter kan sägas utgöra grunden för denna journalföring: kontaktседel och hälsoproblemlista. Den senare är journalens index och här bokförs alla problem om individens hälsotillstånd som man får kännedom om. Kontaktседeln ligger till grund för en dataregistrering. Eftersom vårdcentralen förfogar över sin egen dator kan alla uppgifter när som helst skrivas ut på listor. Det finns program för framtagning av olika korstabeller. Dessutom kan man skriva ut räkningar för läkarbesök varje månad (läkarlönen är delvis prestationsbunden) och rapporter till den centrala registreringen av smittsamma sjukdomar.

Datasystemet är en riklig informationskälla om befolkningen i upptagningsområdet, som gör det möjligt att följa hälsoläget på ett mer inträngande och aktivt sätt, t.ex. identifiering av riskgrupper m.m. Det ger också underlag för nya infallsvinklar och kritisk värdering av det egna arbetet och organisationen. Systemet stimulerar vetenskapligt arbete och kan utnyttjas vid undervisning. Resultaten har varit så lovande att den centrala hälsovårdsmyndigheten nyligen beslutat om en utbyggnad för den löpande verksamheten. Målet är att åstadkomma en helhetslösning för hela landet och att systemet på fem års sikt skall täcka samtliga primärvårdscentraler. Tekniskt avser man att satsa på en central stordator i Reykjavik, som förbinds med minidatorer eller s.k. intelligenta terminaler på varje lokal enhet. Man räknar med att investeringskostnaden skall återbetala sig i form av en bättre planerad primärvård.

Det mest uppmärksammade utvecklingsprojektet i Finland är FINSTAR-systemet eller det s.k. Watti-projektet vid Varkaus hälsovårdscentral. Samma system tillämpas numera på hälsovårdscentralerna i tre andra städer och planeras att införas på flera andra primärvårdsenheter.

Watti- och Egilsstadir-projekten har det gemensamt att båda systemen är direkt anpassade till primärvård. FINSTAR-systemet, som är en vidareutveckling och nationell anpassning av ett amerikanskt datasystem (COSTAR), kan dock sägas vara ett mer tekniskt förädlad informationssystem med bl.a. direktåtkomst och terminalinmatning. I Varkaus används i princip inte alls några konventionella pappersjournaler. Systemet möjliggör journalregistrering av diagnoser, problem, behandlingar, ordinationer osv. och ger utrymme för fri text. Förutom journaldata finns fristående funktioner för patientregister, tidbokning och olika rapporter. Avsikten är att publicera en utförlig beskrivning av Watti-projektet inom NOMESKO.

I Norge påbörjades år 1977 ett liknande projekt vid vårdcentralen i Balsfjord. Även här presenteras journalinformationen på data-skärmar. Journalen består av olika delar eller journalbilder. För närvarande arbetar man med följande sju journalbilder:

- identifikationsbild som innehåller personalia, barn- och yrkesanamnes
- översiktsbild som beskriver tidigare sjukdomstillfällen och vissa viktiga medicinska upplysningar
- läkemedelsöversikt innehållande aktuella mediciner och doseringar samt uppgift om medicinalallergier och namn på tidigare utskrivna läkemedel
- sjukskrivningsdata som är en översikt av samtliga sjukskrivningar samt upplysningar om yrke, arbetsplats och expositioner
- laboratoriesvar i kronologisk ordning
- bild som innehåller alla mätvärden t.ex. blodtrycksmätningar i kronologisk ordning
- dokumentbild som kan användas för brev, läkarintyg, remitteringar osv.

4 INTEGRITET OCH SEKRETESS

Vården och behandlingen av en patient alstrar en inte oväsentlig mängd hälsoinformation av personlig karaktär. Uppgifterna har hittills dokumenterats i en journal för varje individ och vård-enhet och använts som ett arbetsmaterial vid den fortsatta vården av patienten eller i samband med en ny vårdkontakt. Detta har varit väl känt och accepterat av allmänheten. Patienten själv räknar ofta med att särskilt ömtåliga upplysningar över huvud taget inte journalförs och förlitar sig i övrigt på det skydd som den väletablerade tystnadsplikten ger.

Patientuppgifter används dessutom för andra ändamål än sådana som primärt har med vården av den enskilde patienten att göra, t.ex. i samband med utbildning, forskning, utvärdering eller i det förebyggande arbetet. Administratörer i landstingens förvaltningar behöver underlag för att planera vårdresurserna och för att ta fram nödvändig statistik. På riksplanet görs motsvarande arbete hos de centrala myndigheterna, som också ansvarar för en övergripande bevakning av befolkningens hälsoläge. För ifrågavaran- de övergripande arbete görs vanligtvis utdrag av vissa grund- läggande fakta ur journalerna, varefter uppgifterna vidarebeford- ras till myndigheten. Uppgiftslämnandet sköttes tidigare helt och hållet på traditionellt sätt genom översändande av särskilt ifyllda verksamhetsrapporter. I rationaliseringssyfte har på senare år införts standardiserade journalblanketter och datatek- nik i informationshanteringen.

Uppdraget till journalutredningen har inte begränsats till enbart journaler. Översynen förutsätts omfatta "den grundläggande patientdokumentationen", inkl. t.ex. patientliggare, patient- register och uppgifter om patient till annan myndighet. Hänsyn skall tas såväl till patienternas intresse av god och säker vård

som till deras integritets- och rättssäkerhetsintressen. I den utsträckning det visar sig möjligt och lämpligt bör också behandlas vissa praktiska frågor rörande bl.a. förvaringsrutiner och rutiner för fotokopiering och utlåning av journaler. Bakgrunden är att det märkts en osäkerhet bland hälso- och sjukvårdspersonalen i dessa frågor.

Man kan direkt konstatera att olika önskemål beträffande journalanvändningen ibland kommer i konflikt med varandra. Målet om en säker vård synes t.ex. allmänt förutsätta så öppna informationskanaler som möjligt, vilket dock medför ökad risk för intrång i den personliga integriteten. Hälso- och sjukvården bör, enligt många utredningar, utvecklas mer mot förebyggande åtgärder för att klarlägga och eliminera hälsoriskerna i miljön, vilket nödvändiggör ökade forskningsinsatser inom t.ex. epidemiologi och arbetsmiljöforskning. Den typen av forskning kräver en omfattande central registerbildning, som kan länkas till andra informationskällor med individdata, t.ex. journalerna. Förbättringar av vården för alla med en viss sjukdom kan också förutsätta kliniska studier som utnyttjar uppgifter om en enskild individ och som därför kan uppfattas som integritetskränkande av just denne. Arbetet synes med andra ord ställa krav på en välgrundad avvägning av olika intressen.

Massmedia har särskilt under senare tid beskrivit den oro över en alltmer påträngande registrering, som kan finnas hos människorna. Hälso- och sjukvårdspersonal har också engagerat sig till värn för patientintegriteten och i något fall t.o.m. diskuterat en öppen bojkott av datasystemen. Av de starka reaktionerna att döma har man tydligen uppfattat informationsflödet som ett otillbörligt utnyttjande av vårduppgifter som förutsatts tillhöra en trängre krets.

I den offentliga debatten har intresset fokuserats till ADB-tekniken och dataöverföringen till de centrala registren. Man får dock inte glömma att det kan finnas säkerhetsproblem även i det gamla systemet och i den vårdnära miljön. Journalutredningen har därför försökt att anlägga ett brett perspektiv på integritets-

frågorna för att se övergripande tendenser och eventuella systemfel i den totala informationshanteringen. Sekretesslagstiftningen väger särskilt tungt när det gäller patienternas integritetsintressen. Den nya sekretesslagen har bara varit i kraft sedan 1981. Journalutredningen har inte sett som sin uppgift att direkt utvärdera lagen, men har ändå försökt att få en uppfattning i stora drag om hur lagen kommit att tillämpas i vårdsektorn.

4.1 De gällande reglerna

Av den korta redogörelsen i kapitel 2 för grunderna i tryckfrihetsförordningen framgår att rätten till fri tillgång till allmänna handlingar endast kan inskränkas i lag - sekretesslagen (1980:100) - och att med handling likställs datalagrad information. Denna lag innehåller föreskrifter dels om begränsningar av rätten att ta del av allmänna handlingar, dels om förbud mot att lämna ut sådana handlingar och dels om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet.

I den privata vårdsektorn - privatpraktiserande läkare och tandläkare, företagshälsovårdsenheter, läkarhus och enskilda vårdhem - gäller inte tryckfrihetsförordningens och sekretesslagens regler. Tidigare kunde detta förorsaka en del problem, men numera har skett ett samordnande av de båda vårdområdenas rättsliga förutsättningar. I tillsynslagen (1980:11), som gäller sedan den 1 juli 1980, finns nämligen föreskrifter om handlingssekretess och tystnadsplikt för privat verksamhet av i princip identisk innebörd som motsvarande regler på det allmänna vårdområdet.

Datalagen (1973:289) gäller för både enskilda och myndigheter och innebär i korthet följande. Personuppgifter, dvs. upplysningar som avser enskilda personer, får inte registreras i dataregister utan licens från datainspektionen. Licensen är ett bevis om att den som ansvarar för ett personregister har anmält till datainspektionen att han har ett eller flera sådana register. Ibland

skall den som för ett personregister utöver licensen ha ett särskilt tillstånd av datainspektionen. Tillstånd krävs bl.a. för personregister med särskilt känsliga personuppgifter, t.ex. om brott, sjukdomar, politisk eller religiös uppfattning. Vissa undantag från tillståndskravet gäller dock för register inom hälso- och sjukvården. Personregister får inte föras så att det uppstår otillbörligt intrång i de registrerades personliga integritet. Datainspektionen skall utöva tillsyn över ADB-användningen.

4.1.1 Sekretessregler

Den för journaler och annan patientdokumentation centrala sekretessbestämmelsen finns i 7 kap. 1 § 1 st. sekretesslagen (SekrL) och innebär - med några få undantag - att sekretess gäller för "uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men". Huvudprincipen är alltså att varje form av uppgiftslämnande måste prövas noggrant. Detta krav kan endast förbigås om

- uppgifterna aidentifierats, eller
- samtycke inhämtats, eller
- uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.

När man skall bedöma vad som är sekretessbelagd information om den enskilde måste man ha själva grundidéerna vid lagstiftningsarbetet klara för sig. Det är då ingen tvekan om att det just för hälso- och sjukvårdsområdet eftersträvats en mycket sträng sekretess. Skyddet för uppgifterna om patientens personliga förhållanden är i själva verket betydligt starkare än för flertalet andra uppgifter inom andra verksamheter. Bakgrunden är att ingen skall behöva avhålla sig från att söka vård av rädsla för att omständigheterna blir allmänt kända.

Förbudet att röja personliga uppgifter om patienter gäller såväl gentemot enskilda som myndigheter emellan. Bestämmelserna i sekretesslagen är också tillämpliga mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet om dessa är självständiga i förhållande till varandra. Vad som skall anses vara "självständig verksamhetsgren" är dock något oklart inom hälso- och sjukvården. Det har offentliggjorts åtminstone två tolkningar (socialstyrelsen resp. Norström-Sverne), som delvis strider mot varandra och som ger helt olika resultat.

Socialstyrelsen ser hela hälso- och sjukvårdsverksamheten inom myndigheten som en gemensam verksamhetsgren och har starkt uttalat sig (Allmänna råd 1982:4) för ett fritt informationsutbyte, som innebär att t.ex. journaler utan hinder av sekretess fritt kan överlämnas "från t.ex. en klinik till en annan klinik på ett sjukhus, eller från barnhälsovården på en vårdcentral till den allmänmedicinska verksamheten på samma central."

Norström-Sverne (Offentlighet och sekretess i hälso- och sjukvården, 1981) anser, att de olika klinikerna principiellt är självständiga i förhållande till varandra vilket bl.a. får till följd att varje klinik får anses förfoga över "sina" journaler och därmed också bestämmer om dessa kan utväxlas i tjänsten eller ej. Författarna påpekar dock, att principen som sådan får ringa praktisk betydelse inom kroppssjukvården, eftersom man där så gott som alltid kan utgå ifrån att ett informationsutbyte i vårdsyfte inte är till men för patienten. Sahlin (Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 1982) ansluter sig i huvudsak till Norströms-Svernes tolkning.

Den redovisade juridiska tolkningsfrågan har ännu inte ställts på sin spets, men så mycket står klart enligt förarbetena till sekretesslagen, att ett utbyte av informationer som behövs i rent vårdsyfte normalt bör kunna fortgå utan inskränkningar. Om patienten inte lämnat sitt medgivande krävs dock i princip ett ställ-

ningstagande i varje enskilt fall. Till vägledning har JO (Sverne) uttalat i ett anmälningsärende:

Även om läkaren skulle anse det vara till nytta för patienten att uppgifter om dennes situation lämnas ut till annan läkare eller sjukvårdsinrättning, är det för den skull inte säkert att detta är förenligt med sekretesslagen. En läkare, som avser att lämna ut uppgifter om en patient, måste därför sätta sig in i patientens situation och försöka förstå hur denne skulle uppleva det om uppgifterna om honom förs vidare. Om det inte kan utslutas att patienten skulle uppleva det som obehagligt att någon annan fick kännedom om hans hälsotillstånd eller personliga förhållanden, kan uppgift härom som regel inte vidarebefordras. Om läkaren inte är säker på att patienten är med på att sådana uppgifter om honom lämnas ut skall läkaren därför inhämta patientens mening. Lämnar patienten inte medgivande till att uppgifterna lämnas ut får det inte heller ske. Det råder således inom hälso- och sjukvården en mycket stark sekretess.

Om man skall tolka de allmänna uppfattningarna ute på fältet i dessa frågor, så går det en skiljelinje mellan psykiatrisk och somatisk vård. Informationsutbyte mellan två olika somatiska kliniker eller uppgiftslämnande från en somatisk klinik till en psykiatrisk klinik föranleder sällan någon djupare sekretessanalys. Inom psykiatrin är däremot sekretessmedvetenheten betydligt högre. Journalrekvisitioner från somatiska enheter hos psykiatriska kliniker effektueras inte utan vidare. I stället tas en personlig kontakt med frågeställaren för att muntligen ge den hjälp som krävs. På så sätt försöker man så långt som möjligt undvika att bryta patientsekretessen. Journalutlämnande psykiatriska kliniker och mottagningar emellan sker vanligen endast efter skriftlig rekvisition med angivande av orsak. På många håll görs dessutom en anteckning om utlåningen och anledningen till lånet i journalen.

Även för informationsutbytet inom kliniken gäller sekretesslagens grundprinciper om att patienten inte får lida men av att en uppgift lämnas ut. Den omständigheten att man arbetar på en vårdavdelning eller på en mottagning medför med andra ord inte utan vidare någon allmän rätt att läsa i patienters journaler. Samråd mellan arbetskolleger i frågor som hör intimt samman med vården

är ofta en förutsättning för ett gott vårdresultat. Sådana samråd, när ett direkt vårdsyfte kan spåras, är önskvärda och givetvis tillåtna.

4.1.2 Regler om utlämnande av patientuppgifter

Huvudregeln är alltså, att sekretessen också gäller myndigheter emellan. Denna princip får emellertid inte drivas alltför långt om myndigheterna över huvud taget skall kunna fungera på det sätt som är tänkt. I 14 kap 1 § sekretesslagen anges därför ett väsentligt undantag, som innebär att sekretessen får vika "om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning". Lag bestäms av riksdagen och förordning av regeringen. Förvaltningsmyndigheterna kan således inte på egen hand lägga fast uppgiftsskyldigheter som bryter sekretessen.

De reglerade anmälningarna till myndigheter kan på hälso- och sjukvårdens område grovt hänföras till två huvudgrupper:

- uppgifter som behövs i samband med myndighetsutövning, t.ex. tillsyn och kontroll i enskilda fall
- uppgifter som behövs för övergripande planering och hälsoövervakning, t.ex. vårdstatistik, larmsignalering vid förändringar av ohälsans omfattning och uppkomst, hälso- och sjukvårdsforskning m.m.

Den första gruppen regleras i författningar som beslutats av riksdagen eller regeringen. Det kan t.ex. gälla handlingar och upplysningar i samband med socialstyrelsens tillsyn och utredningar i s.k. Lex Maria-fall eller utredningar i anmälningsärenden hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Myndigheternas ifrågavarande utredningsbefogenheter regleras i tillsynslagen. Dessutom finns ett flertal uppgiftsskyldigheter i olika specialförfattningar, t.ex. till försäkringskassa enligt lagarna om allmän försäkring och om arbetsskadeförsäkring, till länsstyrelse i frågor om körkortsinnehav, till polismyndighet enligt vapen-

kungörelsen, till sjöfartsverket beträffande personer som är olämpliga att utöva sjömansyrket osv. En fylligare förteckning över den här typen av författningsreglerat uppgiftslämnande om enskilda patienter finns bl.a. i socialstyrelsens tidigare nämnda allmänna råd (1982:4) om sekretess.

Författningsstödet är mer splittrat när det gäller den andra gruppen av uppgiftslämnande. Arbetsmiljöförordningen har beslutats av regeringen och föreskriver att läkare skall anmäla sjukdomar, som kan ha samband med arbete, till arbetarskyddsstyrelsen eller yrkesinspektionen. I de flesta andra fallen sker dock rapporteringen i enlighet med någon författning som utfärdats på myndighetsnivån. Rapporter över verkställda aborter (MF 1974:100), steriliseringar (MF 1975:115) och över verksamheten i folktandvården (MF 1974:1 och MF 1972:2) är statistiska uppgifter som inte kan hänföras till enskilda individer. I övriga fall synes det vara fråga om personidentifierbart uppgiftslämnande, som antingen fullgörs till följd av bindande föreskrifter eller i enlighet med allmänna råd. Föreskriven skyldighet att rapportera till socialstyrelsen har

- vederbörande överläkare eller biträdande överläkare beträffande patientstatistik över sluten psykiatrisk vård (SOS FS 1983:69),
- vårdansvarig läkare i offentlig och enskild tjänst beträffande varje fall av cancersjukdom till cancerregistret (SOS FS 1982:69),
- alla läkare och tandläkare beträffande nya, oväntade eller eljest anmärkningsvärda läkemedelsbiverkningar (MF 1974:97) och inträffade överkänslighetsreaktioner (SOS FS 1977:2).

Den förstnämnda författningen grundas på ett särskilt regeringsbeslut år 1983. Skyldighet att göra canceranmälan regleras i kungörelsen (1957:632) om cancerregister, som emellertid endast avser offentligt anställda läkare i sluten vård. Socialstyrelsens nyss nämnda föreskrifter innebär således en utvidgning av anmälningsplikten.

Rapportering till socialstyrelsens medicinska födelserregistrering och missbildningsregister fullgörs i enlighet med de allmänna råden (SOS FS 1981:52) om införande av nya formulär till journaler inom mödrahälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård. Råden innebär en vidareutveckling av den uppgiftsinsamling som gjordes från år 1973 med blanketten Medicinskt födelsemeddelande. I praktiken ombesörjs rapporteringen av barnmorskor.

Patientstatistik från både somatisk och psykiatrisk slutenvård kommer för år 1983 att sammanställas hos socialstyrelsen på grundval av ADB-mässig avisering. Denna rapportering förutsätts fullgöras av respektive sjukvårdshuvudman i enlighet med de allmänna råden (SOS FS 1983:45) beträffande landstingens patientdatabaser. De nya rutinerna innebär, att uppgiftslämnandet kommer att skötas av huvudmannen och blir således inte längre ett statligt åliggande för någon viss befattningshavare inom hälso- och sjukvården i förhållande till socialstyrelsen. Frågan om uppgiftslämnandet från den lokala nivån till databasen inom landstinget har över huvud taget inte berörts i de allmänna råden. Däremot har socialstyrelsen sedan tidigare ålagt distriktsbarnmorska och distriktsköterska (MF 1963:92, MF 1968:103 och MF 1964:68) att rapportera till sjukvårdsstyrelsen. I dessa fall har myndigheten dessutom utfärdat särskilda formulär för ändamålet.

De ovan redovisade författningarna avser utlämnande av patientuppgifter och journalhandlingar till myndigheter. Följande författningar styr rutinerna vid journalutlämnande för vårdändamål.

Om en elev flyttar till en annan skola skall inom skolhälsovården och omsorgsverksamheten (SÖFS 1978:248 resp. SFS 1968:146) journalen föras över till den nya skolan. Av barnmorska fördd journal över förlossning eller missfall, som ägt rum annorstädes än på sjukhus, skall enligt socialstyrelsens föreskrifter härom (SOS FS 1976:81) översändas till det sjukhus där förlossningen normalt skulle ha ägt rum. Enligt normalinstruktionen (MF 1963:92) för

distriktsbarnmorskor skall journalen överlämnas till vikarie vid semester eller tjänstledighet.

För tandvården har utarbetats ett särskilt överföringskort, som skall ifyllas med de nödvändigaste uppgifterna om approximalkaries. Eftersom det från forskningssynpunkt är angeläget att originaljournaler inkl. röntgenbilder från barn- och ungdomstandvården finns samlade i så stor utsträckning som möjligt, förordar socialstyrelsen i sina allmänna råd (SOSFS 1984:3) att detta kort eller journalkopior överlämnas från ungdomstandvården till vuxentandvården i samband med tandläkarbytet. Ett exempel på att utdrag ur journal skall överlämnas till patienten själv (vid anställningens upphörande) finns beträffande hälsokontroller i samband med livsmedelshantering (SLV 1975:12). Av socialstyrelsens anvisningar och kommentarer (manualer) till journalsystemet för mödrahälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård (SOS FS 1981:52) framgår, att journalen i sin helhet skall överlämnas från barnavårdscentralen till skolhälsovården i samband med att barnet börjar sin skolgång. Överlämnandet omfattar förutom barnets hälsouppgifter även kopia av huvudblanketten från moderns mödrahälsovårdsjournal (MHV 1) och kopia av den samlade informationshandlingen från förlossningen (FV 2).

4.1.3 Regler om hantering och förvaring av journaler

Varken sekretesslagen eller andra grundläggande bestämmelser anger hur de sekretesskyddade handlingarna skall hanteras och förvaras. På hälso- och sjukvårdens område har dock förvaltningsmyndigheterna utfärdat en del specialregler i dessa frågor.

Regler om att journaler skall förvaras "oåtkomliga för obehöriga" eller "på ett betryggande sätt" finns för psykologer (SOS FS 1982:78), distriktssköterskor (MF 1964:68) och skolsköterskor (SÖFS 1978:248), vid enskilda vårdhem (MF 1970:46) och vid sådana inrättningar för omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda som är under socialstyrelsens tillsyn (MF 1972:61). Däremot tycks det saknas en motsvarande författningsföreskrift för övrig hälso- och sjukvård liksom för tandvården.

Övriga förvaringsregler har tillkommit av säkerhetsskäl eller grundas på praktiska överväganden och anvisar att vissa särskilda handlingar skall läggas till huvudakten, dvs patientens journal. Regler med denna innebörd gäller för skriftliga samtycken för RH-immunisering och som plasmagivare (MF 1973:3), transplantationsprotokoll (MF 1973:2 och 1975:122), sjömäns hälsodeklarationer (SOS FS 1982:21) och kopior av inskrivningshandlingar (MF 1972:61).

4.2 Några utvecklingsdrag

Förr betraktades journaler allmänt som den enskilde läkarens privata anteckningar till stöd för minnet under den tid han hade hand om en patient. Verksamheten på den tiden var begränsad, personalen var liten och omsättningen av patienter och personal var låg. Läkaren förklarade för sin sjuksköterska vad som skulle göras och några andra personer var över huvud taget inte inblandade i vården. Blotta tanken på att en patient skulle själv få läsa i journalen var så fjärran att ingen någonsin tänkte på saken och andra utomstående gjorde sig givetvis än mindre besvär. Av alla medicinsk-etiska regler torde den om tystnadsplikten ha varit den mest kända och oftast åberopade. Alla visste att läkaren hade tystnadsplikt och patienter kunde således berätta om sin situation under en absolut tillit till läkarsekretessen. Läkarna, å andra sidan, hyste den djupt rotade åsikten att förtroendesekretess och diskretion var omistliga moment i läkaretiken, som utgjorde en av de viktigaste grunderna för en framgångsrik behandling.

Från detta småskaliga förtroendeförhållande och ur dessa enkla minnesanteckningar har under 1900-talet utvecklats ett modernt informationssystem. Särskilt de senaste årtiondena har karakteriserats av en snabb och expansiv utbyggnad av personal och övriga resurser för hälso- och sjukvården samt tandvården. Parallellt härmed har utvecklingen gått mot en mer komplicerad och specialiserad vård, samtidigt som det genomförts strukturella förändringar av vårdorganisationen. Nedan görs ett försök att teckna huvuddragen i den pågående förändringsprocessen.

4.2.1 Fler personer berörs av journalhanteringen

Journalföring i sjukvården var från början entydigt en arbetsuppgift för läkare. På motsvarande sätt var det i tandvården bara tandläkaren som förde journal. Barnmorskans dagboksanteckningar om förlossningsvården och de nyfödda barnen går också långt tillbaka i tiden. Under 1950- och 1960-talen började t.ex. även sjukgymnaster och distriktssköterskor att dokumentera sin del i vården och de följdes snart av flera andra yrkesgrupper. Den moderna hälso- och sjukvården är i högsta grad informationsintensiv och numera förekommer det att nästan alla personalkategorier åtminstone någon gång eller i något avseende dokumenterar uppgifter om patienter. I tandvården är nu för tiden även tandhygienister och tandsköterskor berörda av journalföring. Sammantaget dokumenteras alltså idag patientuppgifter av en avsevärt utvidgad grupp befattningshavare jämfört med vad som var brukligt bara för några decennier sedan.

Det är inte så länge sedan läkaren egenhändigt skrev ned sina journalanteckningar. I mottagningsverksamheten var det länge vanligt att anteckningarna förvarades på tjänsterummet eller under uppsikt av den ansvariga sjuksköterskan. Numera används allmänt diktafoner och läkarsekreterare skriver ut diktaten på maskin. Journalerna förvaras i ett för kliniken eller sjukhuset stort gemensamt arkiv där de tas om hand av arkivpersonal. Uppgifter som kommer att gå in i de olika dataregistren tas vanligtvis från patientens journal. I vissa fall fullgörs själva registreringsarbetet av särskild personal, medan den kontinuerliga skötseln av datorerna vanligen är en uppgift för datautbildad personal vid landstingens ADB-avdelningar. Det är med andra ord numera inte bara den vårdansvariga personalen utan även en stor grupp administrativ personal som mer eller mindre ständigt kommer i kontakt med uppgifter om enskilda patienter.

4.2.2 Mängden personliga uppgifter

Som ett av målen för hälso- och sjukvården och som ett kriterium på god vårdkvalitet har under senare år, bl.a. i lagstiftnings-

arbetet med hälso- och sjukvårdslagen, betonats principen om en helhetssyn på patientens förhållanden. Härmed avses ett förhållningssätt hos läkare och övrig personal, som innebär att patientens problem skall sättas in i ett vidare sammanhang där t.ex. även den sociala situationen, kan ge värdefull information som förklaring till olika sjukdomsytttringar. Det räcker med andra ord inte med att "bara" ställa diagnos och behandla ett visst symptom, utan man måste även försöka att utröna de bakomliggande sjukdomsorsakerna. Ett sådant arbetssätt förutsätter att läkaren tar upp en noggrann anamnes om patientens tidigare liv, familje-, hem- och arbetsförhållanden m.m., något som visserligen alltid förekommit, men som nu kan komma att utvidgas.

Hälso- och sjukvårdslagens markering av att vården skall utformas och genomföras i samråd med patienten medför också ett ansvar för vårdpersonalen att utveckla vården mot en individuell vårdplanering, som bygger på samarbete med patienten. Den planering som idag förekommer på sjukhusen garanterar vanligen patienten ett fullgott medicinskt omhändertagande medan den personliga omvårdnaden inte alltid blivit beaktad i lika stor utsträckning. För att kunna tillgodose de personliga behoven krävs större kunskap om patienten som individ och om de grundläggande mänskliga behoven. Under senare år har därför sjuksköterskor intresserat sig för ett utvidgat dokumenterande av olika uppgifter om patienters omvårdnadsbehov.

Det är emellertid inte bara den patientnära verksamheten som påverkats av senare tids hälsopolitiska ambitioner. Arbetsmiljölagstiftningen ställer krav på arbetsgivarna att svara för att arbetsmiljön är "tillfredsställande". Arbetsarkyddsstyrelsen har övervakningsansvaret och bygger inom sig upp signalsystem för sådan bevakning i form av t.ex. arbetsskaderegister, register för hälsokontroller vid blyarbete, silikosregister för kontroller av anställda som utsätts för kvarts, register över asbestexponerade m.fl. Inom miljökontrolllagstiftningens område har man på motsvarande sätt krav på naturvårdsverket att svara för att utvecklingen inom t.ex. bekämpningsmedelsområdet sker utan risker för hälsan hos allmänheten. Hälso- och sjukvårdslagen ger lands-

tingen ett brett ansvar för befolkningens hälsa och ställer krav på förebyggande insatser som i sin tur kräver utökade möjligheter att följa hälsoutvecklingen och bygga upp system för "early warning". Socialstyrelsen har bl.a. i de allmänna råden beträffande landstingens patientdatabaser (SOS FS 1983:45) uttalat följande om de nya kunskapskraven.

Det finns här anledning att erinra om de krav den nya hälso- och sjukvårdslagen för med sig. Genom att huvudmännen fått ett vidgat ansvar för befolkningens hälsoförhållanden behövs ett underlag för att kunna följa utvecklingen av hälso-läget och vårdutnyttjandet samt för att analysera bl.a. samband mellan hälsa och miljö. Till en del kan denna information erhållas genom de föreslagna patientdatabaserna. Upprättandet av miljö- eller samhällsmedicinska funktioner bör leda till ett ökat behov av uppgifter om sjukdomar, sjukdomsorsaker och hälso- och sjukvårdande åtgärder.

De beslutade patientdatabaserna avser i första hand den slutna vårdens data. Socialstyrelsen avser dock att återkomma i frågan om en redovisning även av data från besöken i öppen vård.

Man kan alltså vänta sig nya önskemål om mer och fördjupad personinformation för hälsoplanering, miljöinriktade åtgärder m.m. Representanter för arbetsmiljöforskningen har redan efterlyst mer uppgifter om patienternas arbetsförhållanden, yrke, sysselsättning, förtidspensionering osv. Principerna om helhets-synen och de miljömedicinska aspekterna på befolkningens hälso-problem har rönt särskilt stor uppmärksamhet i primärvården. Alla sådana uppgifter som kastar ljus över patientens situation förs in i journalerna. Dessa kommer därför att innehålla fler och mer inträngande uppgifter av personlig karaktär.

4.2.3 Informationsutbytet

Muntliga upplysningar om patienterna har alltid förekommit som en naturlig del av verksamheten vid t.ex. ronder, dag- och natt-rapporteringar och behandlingskonferenser. Den typen av information vårdpersonalen emellan kan sägas vara en förutsättning för

en god vård. Kraven på säkrare rutiner har med tiden inneburit att de muntliga överläggningarna alltmer också dokumenteras i skriftlig form.

Utbyggnaden av vårdresurserna och den tidigare nämnda specialiseringen har medfört ökade behov av informationsutbyte med kolleger utanför den egna kliniken eller mottagningen och med befattningshavare i andra verksamheter eller t.o.m. i helt andra delar av vårdsektorn. Även sådana externa samråd har blivit naturliga moment i vården och har med tiden formaliserats i ett omfattande remissförfarande. Det förekommer även informella kontakter inom ramen för olika samarbetsgrupper, t.ex. mellan anställda i primärvården eller långtidsvården med företrädare för sociala myndigheter och försäkringskassan.

Det utvidgade informationsutbytet har emellertid inte bara gällt vård eller behandling i de enskilda fallen. Efter hand har alltmer uppmärksammats att journalerna utgör en rik informationskälla, som borde kunna utnyttjas mer i samband med forskning, utvärdering och utbildning. Därför har också inrättats informationsvägar till befattningshavare som inte deltar i den kliniska verksamheten, t.ex. forskare och administratörer vid de centrala myndigheterna eller på landstingens kanslier.

Vårdinformationen har således utvidgats väsentligt från den trängre kretsen i patientens närmiljö till att omfatta ett flertal intressenter i en yttre cirkel - personer som patienten själv kanske aldrig ens kommer att möta. På gott och ont har det ursprungliga patient-läkarförhållandet blivit en professionell relation mellan patienten och en för honom överskådlig grupp av vårdarbetare, forskare och administrativ personal. Man skulle därför något tillspetsat kunna säga att förtroendeförhållandet inte längre gäller mellan två personer, utan mellan en person och ett vårdkollektiv.

4.2.4 Integrerade informationssystem

Från slutet av 1960-talet började organisations- och rationaliseringsexperter att intressera sig för hälso- och sjukvårdens journalsystem. Dessa menade att den medicinska dokumentationens utformning och användning starkt styrts av tradition och att journalen därför kommit att utgöra en passiv dokumentation. Man såg ett stort behov av att utveckla journalen till ett aktivt instrument för utbyte av information mellan sjukvårdens alla olika samverkande funktioner. Ett av de grundläggande problemen i det gamla systemet ansågs nämligen vara bristen på samordning, vilket medförde att olika instanser inte kunde tillgodogöra sig redan inhämtade uppgifter om patienterna. Detta kunde i sin tur leda till upprepning av olika typer av undersökningar eller felaktig handläggning i akuta situationer. Samordningen sågs därför också som en trygghetsfråga för patienten. En genomgång av de nu berörda diskussionerna gjordes bl.a. av en arbetsgrupp inom medicinalansvarskommittén (SOU 1977:66) Patienten i sjukvården - kontakt och information. I rapporten framhålls bl.a. att kommunikationsproblemen borde vägas in som en integrerad del i huvudmännens planerings- och organisationsöverväganden. Den inställningen hade också börjat göra sig gällande, att förbättrade informationsförhållanden var av grundläggande betydelse för personalens möjligheter att känna trivsel och arbetstillfredsställelse - en sida av saken som expertgruppen fann angeläget att påpeka.

För att ett nytt integrerat informationssystem skulle fungera bra krävdes att informationen strukturerades på ett enhetligt och överskådligt sätt. De nya idéerna kännetecknades också av en strävan att länka in information i organiserade banor. Bl.a. Spri engagerade sig i flera utvecklingsprojekt, som syftade till att effektivisera journalhanteringen och under den här perioden introducerades den s.k. enhetsjournalen och Spri:s grundjournal. Informationssystemet för mödrahälsovård, förlossningsvård och

barnhälsovård utvecklades i ett nära samarbete mellan socialstyrelsen och Spri och arbetet med helt nya datatekniska lösningar, t.ex. det stora DASIS-projektet, igångsattes.

Enhetsjournalen, som var tänkt att fungera mellan olika kliniker på ett sjukhus, accepterades emellertid bara på några få platser. Däremot var genomslagskraften större i den öppna vården. Skolhälsovården får t.ex. numera rutinmässigt överta journalerna från barnhälsovården, som i sin tur generellt mottar uppgifter om mödrarna och förlossningen från respektive inrättningar. I takt med att primärvården byggs ut och fått ett vidgat ansvar för "sina" patienter, dvs. befolkningen i upptagningsområdet, har intresset riktats mot den mängd medicinsk information som skapas inom den slutna vården och som borde kunna tillgodogöras bättre av distriktsläkare, distriktsköterskor m.fl. För att primärvården skall kunna erbjuda en vård som bygger på kontinuitet och helhetssyn behövs kunskaper om patientens hela sjukdomshistoria. Även för patienter, som vid det aktuella tillfället inte behöver fortsatt vård inom primärvården, anses det således kunna vara väsentligt att information delges primärvården. Remissförfarandet har därför på några håll i landet kompletterats av ett rutinmässigt informationsflöde av journalhandlingar - i första hand epikriser - mellan sjukhuset och vårdcentralen. I Spri:s rapport (nr 144) Grundjournal i primärvården förordas, att primärvården och länssjukvården gör upp kontrakt om ett ömsesidigt informationsutbyte.

Inom skolöverstyrelsen håller man f.n. på att ta fram ett nytt gemensamt blankettsystem för barn- och skolhälsovårdsjournaler, som syftar till att uppnå ytterligare integrering av de båda verksamheternas hälsoarbete för barnen. I socialstyrelsen pågår ett projekt, som benämnts Allmänhetens hälsovårdsbok. Den diskuterade hälsovårdsboken skall, enligt planerna, patienten själv ta hand om och alltid ha med sig vid sina kontakter med hälso- och sjukvården. Boken skall bl.a. innehålla uppgifter om patientens viktigaste sjukdomar, vårdtillfällen och medicinering. Nästa steg i utvecklingen antas vara att patienten får ett litet kort, som

inrymmer lagringsmöjligheter för en livslång journal. Sådan teknik - i kontokorts- eller patientkortsformat - finns sedan en tid på marknaden till en förhållandevis billig kostnad.

En av fördelarna med ADB-tekniken är dess möjligheter att lagra och integrera uppgifter från olika källor. Utvecklingen har medfört att ADB-upptagningar i förhållandevis stor utsträckning ersätter eller kompletterar handlingar av vanligt slag som informationskälla även inom hälso- och sjukvården. Vissa av dataregistren omfattar flera sjukhus medan andra endast förs på ett sjukhus eller inom en viss klinik. I t.ex. Stockholms läns landsting har man ett huvudregister (medicinskt informationssystem) som omfattar samtliga inrättningar inom landstinget. På Huddinge sjukhus, där systemet byggts ut längst, finns nu närmare 200 bildskärmsterminaler och dessa har placerats på de olika klinikererna. Målet är att även övriga sjukhus skall ha sina egna klinikterminaler. Systemet gör det möjligt att via lokala terminaler direkt få tillgång till vissa basuppgifter om varje individs samtliga vårdtillfällen i hela landstinget ända tillbaka till år 1971. Ett särskilt sekretesssystem möjliggör dock blockeringar av diagnosuppgifter från vissa s.k. känsliga kliniker, t.ex. psykiatriska kliniker. Det är detta huvudregister för lagring av den samlade medicinska informationen som utgör grundstenen i landstingets patientdatabas, men dessutom finns särskilda system för t.ex. person-, inskrivnings-, röntgen- och vårdplaneringsuppgifter.

I detta sammanhang kan också nämnas DASIS:s journalhanteringsprojekt, som skall tas i drift på försök under våren 1985. DASIS-systemet innebär att viss journalinformation betraktas som gemensam mellan (försöksvis) ett par kliniker på Huddinge sjukhus och Hallunda vårdcentral och därmed direkt blir tillgänglig "on-line" på de båda inrättningarna, vilket skulle minska behovet av kopiering och utväxling av hela journaler. Själva grundidéen bakom datasystemen, som de hittills utformats, är att skapa säkrare och effektivare rutiner för att tillgodose det ökade behovet av kommunikation.

4.3 Journalutredningens överväganden och förslag

Bakgrundsbeskrivningen visar på en radikal förändring av journalanvändningen. Journalutredningen tycker sig ha funnit att den nya sekretesslagen, som skulle förstärka patienternas integritetsskydd, på flera viktiga punkter inte har tillämpats riktigt som det var tänkt. Lagen förutsätter att varje journalutlämnande prövas noga. Om en sådan prövning är svår eller otymplig finns i princip tre utvägar: att patienten tillfrågas och lämnar sitt medgivande till utlämnandet, att uppgifterna avidentifieras före utlämnandet eller att utlämnandet utformas som en av lag eller förordning reglerad skyldighet. De båda senare alternativen är särskilt tänkta att gälla vid informationsöverföring för statistiska ändamål, tillsynsändamål eller vid samarbetet myndigheter emellan. Ingen av dessa möjligheter synes dock ha fått någon större användning inom hälso- och sjukvården. Det normala är därför att informationsflödet såväl mellan olika vårdinrättningar som till regionala eller centrala myndigheter skall föregås av sekretessprövning i varje enskilt fall.

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. Från andra utgångspunkter kan dessa faktorer ha bidragit till att förbättra vårdkvaliteten, höja säkerheten i vården och utgöra en förutsättning för forskning om hälso- och sjukvård för att bl.a. långsiktigt förebygga sjukdomar och begränsa yttre faktorerers skadeverkningar på hälsan.

Journalutredningen konstaterar allmänt, att den moderna hälso- och sjukvården får allt svårare att uppfylla de ideal, som förtroendesekretessen förr gav uttryck för. Professionalisering och effektivisering, som i sig syftar till en bättre vård, tycks nämligen kunna utvecklas delvis på bekostnad av den enskilde patientens fredade intressesfär. Journalhanteringen på sjukhus och vårdcentraler är idag omfattande och berör en stor mängd

personer. Förändringarna av hälso- och sjukvårdens inre arbetsformer och betoningen av samverkan vid vårdinsatserna har tyvärr medfört att upplysningar om patienten och dennes journal ibland kan komma att betraktas som någon sorts gemensam egendom.

Den ökade användningen av datorer accentuerar dessa problem. I de terminalbaserade datasystemen kan personkretsen och informationsmängden utvidgas radikalt. Uppgifter om den enskilde patienten begränsas då inte längre till en klinik, utan kan göras tillgängliga på alla kliniker, vid alla sjukhus i ett helt landsting. Parallellt med denna utveckling har noterats en stigande efterfrågan av patientrelaterade data för allmännyttiga planerings- och forskningsändamål.

Det är svårt att för den närmaste framtiden tänka sig något brott i den pågående förändringsprocessen. Allt talar för att hälso- och sjukvården förblir personalintensiv, vilket gör att behovet av samarbete knappast kan bli mindre. Sektoriseringen av den psykiatriska vården och principprogrammet om primärvårdens förstahandsansvar tycks bl.a. förutsätta intimare kontakter om enskilda patienter mellan olika fristående enheter inom sjukvårdsorganisationen. Redan nu finns en mängd dataregister, som innehåller upplysningar om enskilda individers kontakter med hälso- och sjukvården. I en nyligen genomförd expertstudie, som initierats av dataeffektutredningen, "ADB inom kommuner och landsting - effekter på sysselsättning och arbetsmiljö" (Ds A 1983:5) spås en fortsatt expansiv ADB-utbyggnad. Övergripande policyuttalanden om hälso- och sjukvårdens inriktning i framtiden och om forskningspolitiken talar närmast för en ökad efterfrågan av patientuppgifter för gemensamma ändamål. Socialstyrelsen har i de allmänna råden förvarnat om att upprättandet av miljö- eller samhällsmedicinska funktioner hos landstingen kan komma att ställa ytterligare krav på individuella hälsouppgifter. Datainsamlingen kommer snart också att omfatta den öppna vården och på sikt troligen även beröra den enskilt bedrivna vården.

Journalutredningen anser, att den aktuella massmediadebatten om integritetsfrågorna på hälso- och sjukvårdsområdet bör tas som en varningssignal. Under de senaste årtiondena har kraven på förebyggande åtgärder liksom effektivitets-, säkerhets- och kontinuitetsaspekter dominerat, vilket till viss del skett på bekostnad av skyddet för den personliga integriteten. Enligt utredningens mening torde det därför krävas en bättre balans mellan de olika intressena om man vill undvika en förtroendekris mellan allmänheten och hälso- och sjukvården. Utredningen är dock samtidigt medveten om, att de gamla sekretessidealen knappast längre är försvarbara om man vill undvika negativa effekter på själva vården av patienterna. Samhällets utvecklade välfärdssystem och nya typer av ohälsa tycks t.ex. nödvändiggöra ett visst mått av uppgiftslämnande för kontrolländamål eller som underlag för hälsoinsatser som berör befolkningen som helhet. ADB-tekniken ger en mängd fördelar, som också måste kunna tas tillvara på hälso- och sjukvårdsområdet.

Journalutredningen har sett det som en av sina viktigaste uppgifter att peka ut de problem och målkonflikter, som uppstår i ett så komplicerat och känsligt system som journalhanteringen utgör i dag. Vissa av de övergripande frågorna kan kräva en fördjupad analys. I syfte att bättre tillvarata den personliga integriteten i vården och för att slå vakt om det ömsesidiga förtroendet mellan allmänheten och hälso- och sjukvården lämnas nedan några förslag till lösningar, som bör kunna genomföras direkt utan att det uppstår några allvarigare störningar i verksamheten. I de fall utredningen inte ansett sig kunna redovisa några konkreta förslag bör ändå probleminventeringen och utredningens allmänna uttalanden i integritetsfrågorna kunna vara av värde vid statsmakternas fortsatta överväganden, men också i samband med huvudmännens ADB-beslut liksom - inte minst - vid de diskussioner som förs internt bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

4.3.1 Personkretsen och informationsmängden

Journalutredningen har i det föregående framhållit att betydligt fler personer berörs av journalhanteringen i dag än förr. Det

säger sig självt att den inre sekretessen inte kan garanteras om man inte vidtar särskilda åtgärder för att begränsa antalet involverade personer. Journalutredningen återkommer i det följande till denna fråga.

Journalutredningen föreslår i kapitel 5 ett lagfästade av gällande journalföringspraxis, som innebär att ytterligare några yrkesgrupper åläggs skyldighet att föra journal. Detta skulle kunna tolkas så att utredningen själv skapar ytterligare svårigheter att upprätthålla en patientnära och integritetskyddad dokumentationsordning. Själva journalföringen och dokumentationskraven för vissa befattningshavare syftar först och främst till att ge patienten en större säkerhet i vården och en möjlighet att i efterhand få eventuella brister utredda och beivrade, dvs. är en rättssäkerhetsgaranti. Journalutredningen har således bedömt att dessa patientintressen väger tyngre än de förhållandevis små integritetsrisker som är förenade med utredningens nämnda förslag.

Journalutredningen har också pekat på risken för att övergripande hälsopolitiska ambitioner, bl.a. betoningen av helhetssynen, det miljömedicinska arbetet och omvårdnaden, lätt kan leda till en mer påträngande anamnesupptagning, som i sin tur återspeglas i form av fler personliga uppgifter i journalerna.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten skall enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen "bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet", vilket bl.a. innebär att patienten själv bestämmer om vård över huvud taget skall ges. Han bestämmer också själv vilka upplysningar han vill ge om sina personliga förhållanden och kan därigenom i princip själv styra mängden personuppgifter som sedermera dokumenteras. I de flesta fall är patienterna mycket frimodiga och berättar utan anmaning öppet om sin situation eftersom de vet att informationen kan behövas för medicinska ställningstaganden. Människor som söker vård är dock i ett psykologiskt underläge och har dessutom svårt att bedöma frågornas relevans. Patienter kan med andra ord ibland känna sig pressade att medverka i en intervju.

Journalutredningen vill starkt understryka, att behovet av dokumentation om patienters privatliv måste avgöras från fall till fall. Det får således inte bli så att de för patientvården vällovliga strävandena tillämpas urskiljningslöst. I t.ex. den psykiatriska vården krävs ofta betydligt djupare kunskap om patientens hela livssituation än vad som behövs i de flesta andra sammanhangen. Utredningen återkommer till detta bl.a. i samband med sina överväganden i kapitel 6 om kraven på innehållet i journaler och, när det gäller utbildningsfrågorna, i kapitel 11.

4.3.2 Informationsutbytet och den inre sekretessen

Journalutredningen har tidigare (4.1.1) pekat på den oklarhet som råder om begreppet "självständig verksamhetsgren" i sekretesslagen. Begreppet får direkt praktiska konsekvenser i hälso- och sjukvårdsorganisationen och det kan dröja många år innan en rättslig prövning resulterat i ett prejudikat till vägledning i tolkningssvårigheterna. Journalutredningen anser det därför nödvändigt att denna fråga snarast klarläggs, t.ex. genom ett auktoritativt uttalande i en regeringsproposition.

Journalutredningens egen uppfattning i sakfrågan är att varje klinik bör ses som en självständig enhet - åtminstone i journal- och sekretessfrågor. Detta synsätt kan för övrigt sägas vara en återgång till vad som ansågs naturligt innan nya rutiner med enhetsjournaler m.m. började prövas. Utredningen vill med ett sådant klarläggande framför allt värna om den psykiatriska vårdens ömtåliga uppgifter och den restriktiva sekretesspraxis som utvecklats inom denna specialitet. Själva principen om ett lokalt klinikansvar är då särskilt viktig. Ett decentraliserat ansvar, som uttryckligen läggs fast på föreslaget sätt, bör dessutom kunna medföra en stramare journalhantering även på de somatiska enheterna.

Journalutredningen ser således kliniken (motsv.) som den organisatoriska kärnan vid diskussioner i olika sekretessfrågor. Utredningen har valt att använda begreppet inre sekretess när det gäller förhållandena på denna nivå.

Informationsutbytet mellan olika befattningshavare har, som utredningen ovan beskrivit, numera en mycket stor omfattning. I takt med denna utveckling föreligger klara risker för en avtrubning av personalens respekt för journaluppgifternas högst personliga karaktär. Någon sådan kan visserligen inte styrkas på ett vetenskapligt sätt, men diskuteras ofta bland personer som själva är praktiskt verksamma i hälso- och sjukvården.

Muntliga upplysningar om patienter förekommer som en naturlig del av verksamheten i den vårdnära miljön. I de flesta fall bör dessa gemensamma möten täcka det nödvändiga informationsbehovet och det är endast en begränsad krets av personer som dessutom behöver tillgång till skriftligt material om patienten. I mottagningsverksamheten är det t.ex. egentligen bara den behandlingsansvarige själv som har anledning att använda journalen. Vården av inneliggande patienter förutsätter att läkarna, avdelningsföreståndaren och ev. övriga sjuksköterskor i arbetsledande ställning har fri tillgång till journalerna. Däremot behöver sällan andra yrkesgrupper använda sig av hela journalen. Dessa kan normalt utföra sitt arbete lika väl utan någon skriftlig dokumentation alls eller med endast vissa utvalda journalhandlingar.

Eftersom det inte finns någon klar gräns mellan nödvändig respektive onödig journalanvändning är det omöjligt att generellt bestämma hur informationen skall förmedlas eller hur omfattande denna skall vara i olika situationer och till olika befattningshavare. Denna bedömning måste således göras lokalt i samråd mellan arbetsledningen och personalen. Utgångspunkten skall vara sekretesslagens grundprinciper.

Om man verkligen vill komma åt sådana missförhållanden som obehörig journalläsning av ren nyfikenhet hjälper nog varken centrala direktiv eller åtgärder särskilt mycket. Saken gäller ju egentligen grundläggande etik i journalhanteringen och personalens inställning till sitt yrke och patienterna. Ibland kan det dock vara svårt att se eventuella avarter i den dagliga verksamheten eftersom dessa nästan uppfattas som något naturligt. Det kan också vara känsligt att diskutera ämnet arbetskamrater emellan.

För att få igång en kritisk översyn av journalhanteringen torde därför krävas initiativ på olika nivåer.

Journalutredningen föreslår att klinikchefen (motsv.), som har den erforderliga överblicken av verksamheten, vidtar åtgärder för att motverka slentrian vid det dagliga journalutnyttjandet. Därvid bör även förvaringsanordningarna ses över, t.ex. möjligheter till inlåsningsanordning som ändå medger smidiga arbetsformer. Samma krav måste kunna tillgodoseas om i stället ADB används. Systemen skall då innehålla någon form av individuell behörighetskontroll och andra säkerhetsspärrar, t.ex. terminallåsningsanordning. ADB-system som läggs upp gemensamt för många användare måste utformas så att varje klinik får ett reellt ansvar för "sina" uppgifter, vilket dock inte behöver innebära ett rent fysiskt förfogande över de olika datamedierna.

Journalutredningen föreslår vidare att huvudmännen stöder dessa initiativ, t.ex. genom informationsinsatser inom ramen för pågående internutbildningsaktiviteter. En del praktiska tips finns bl.a. att hämta i socialstyrelsens allmänna råd (1982:4) om sekretess och i Norströms-Svernes tidigare nämnda bok. Inom Spripågår f.n. ett arkivprojekt om olika förvaringssystem, kontrollåtgärder och arbetsrutiner. Den kommande rapporten bör också kunna användas som ett underlag vid utarbetandet av informationen.

Journalutredningen föreslår dessutom lagstiftning om en skyddad förvaring. Utredningen anser sig därvid förhindrad att föreskriva en given inlåsningsanordning eller förvaringsmetod eftersom sådana detaljregler skulle kunna medföra onödiga blockeringar av verksamheten. Tidigare har redogjorts för de föreskrifter som nu finns på området och som utfärdats av socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Dessa är emellertid inte alls heltäckande. I socialtjänsten finns däremot redan en generell förvaringsregel (51 § 2 st socialtjänstlagen), som uttrycks så att de personliga uppgifterna "skall förvaras så att den som är obehörig inte får tillgång till dem". Enligt specialmotiveringen (prop. 1979/80:1)

anses envar obehörig som inte har legitim anledning att ta del av handlingen i sin tjänsteutövning. Utredningen föreslår att samma bestämmelse införs för hälso- och sjukvården.

Journalutredningens tolkning av begreppet "självständig verksamhetsgren" och den förordade lagregleringen är uttryck för utredningens strävan att strama upp de interna sekretessrutinerna. Utredningen vill särskilt betona att dessa principer är tänkta att gälla oberoende av om journaluppgifter förvaras på konventionellt sätt eller ADB-mässigt. Det har också bedömts angeläget, att uppnå en likvärdig samhällssyn på handläggningen av uppgifter om enskilds personliga förhållanden, antingen vårdansvaret ligger på hälso- och sjukvården eller på socialtjänsten.

4.3.3 Det externa utbytet av informationer i vårdsyfte

Även externt samarbete, varmed här alltså avses kontakter såväl mellan olika kliniker som mellan olika sjukvårdsinrättningar, är många gånger en förutsättning för en god och säker vård. Det kan således också i dessa situationer uppstå konflikter mellan integritets- och vårdkvalitativa intressen. Utvecklingen går, som journalutredningen beskrivit ovan, mot alltmer generella och systematiska system för informationsöverföring. Journalutredningen ser med viss oro på detta. Det rutinmässiga informationsutbytet synes nämligen strida mot grundläggande principer i sekretesslagen. ADB-utbyggnaden ställer integritetsfrågorna på sin spets.

Av redogörelsen för sekretessreglerna framgår, att statsmakterna eftersträvat en sträng sekretess på just hälso- och sjukvårdens område. De av hävd gällande läkaretiska reglerna går t.o.m. ännu längre än de legala och innebär i princip en absolut sekretess i den trängre kretsen. Sekretesslagen kräver ett individuellt ställningstagande till varje form av utlämnande av journaluppgifter, något som i praktiken knappast alls förekommer i den rutinmässiga informationsströmmen. Denna grundas ju i stället på rent praktiska överväganden och generella slutsatser. De i sjukvården

hittills införda patientregistren liksom det system, som nu skall testas i DASIS-projektets regi mellan Huddinge sjukhus och Hallunda vårdcentral, arbetar efter samma generella principer. ADB-systemen anses nämligen komma bäst till sin rätt och vara mest ekonomiskt fördelaktiga om de inte endast utnyttjas för den enkla lagringen av informationen utan också som ett aktivt hjälpmedel för kommunikation av data.

Utvecklingen hittills och de redovisade planerna aktualiserar flera principiellt viktiga frågor. Det är klart otillfredsställande om obehöriga får tillgång till journaler. Sådana problem får dock helt andra dimensioner i ett terminalbaserat data-system. I bl.a. Stockholms läns landsting har därför utarbetats skyddsrutiner i ett särskilt s.k. sekretesssystem. Detta system innebär, enkelt uttryckt, att varje person som får tillgång till terminalerna ges en personlig behörighet som indelas i

- tillgång till ett eller flera system
- tillgång till en eller flera transaktioner för de system man har tillgång till
- geografisk begränsning av den information man har tillgång till.

Endast personer med ett av den vårdansvarige prövat behov av att få information ur det medicinska ADB-systemet ges en kodnyckel att "öppna" och använda terminalsystemen. Principen är alltså att man behörighetsklassificerar användarna. Normalt är det samma personkrets som också har tillgång till själva journalerna.

Den information som idag lagras i de ADB-baserade patientregistren kan sägas utgöra en sammanställning av vårdtillfällen. Man kan tycka att dessa basuppgifter om t.ex. var patienten vårdats och för vilka diagnoser är ganska harmlösa i jämförelse med allt som skrivs i en journal. Själva sammanställningen som innebär en minutiös kartläggning av individens hela slutenvårdsutnyttjande under en lång period, kan emellertid verka oroande för många människor. Det finns också en risk för att patienten inte mottas helt förutsättningslöst om samtliga tidigare

diagnoser automatiskt blir kända för läkaren. Fördelarna är emellertid också uppenbara. Vid muntlig redovisning kan ju patienten glömma någon viktig detalj som kan vara av betydelse.

Inte bara sammanställningen utan även de enskilda uppgifterna i registren synes emellertid inrymma flera oklara sekretessfrågor. Det tillämpade skyddssystemet är visserligen väl genomarbetat och flexibelt, men vilar inte desto mindre på helt andra principer än vad lagstiftaren tänkt sig med sekretesslagen. Systemet förutsätter nämligen inte att någon läkare prövar ett utlämnande i förhållande till någon annan person som efterfrågar en viss uppgift. Det individuella momentet i det gamla frågeförfarandet saknas och sekretessprövningen får i stället en generell karaktär. Behörighetsklassificeringen innebär vidare att prövningen flyttas från den som från början förfogade över uppgiften till en gemensam beslutsnivå, dvs. i praktiken till mottagarledet. Inte heller detta stämmer med sekretesslagen.

Önskemålen om ett utvidgat informationsutbyte mellan länssjukvården och primärvården, som enligt Spris tidigare nämnda förslag, fortsättningsvis bör formaliseras i kontrakt, har bl.a. i Kalmar läns landsting tagit konkret form som en särskild blankett "primärvårdsanmälan". Blanketten skall ifyllas med vissa uppgifter om ineliggande patienter, bl.a. sjukdomsdiagnos, och översändas inom tre dagar efter inskrivningen på sjukhuset till primärvårdsföreståndaren i patientens hemkommun.

J0 har i ett anmälningsärende prövat de berörda samarbetsrutinerna och i ett beslut 1983-12-28 (dnr 2984-1983) uttalat, att dessa från början inte stod i överensstämmelse med sekretesslagen. Landstinget ändrade dock under utredningens gång blanketten och anvisningarna till denna så att det numera klart framgår att rutinen kräver patientens medgivande i det enskilda fallet, vilket J0 fann godtagbart. DASIS-försöket innebär, enligt planerna, att viss journalinformation betraktas som gemensam och därmed direkt blir tillgänglig "on-line" på två skilda vårdinrättningar.

Det organiserade flödet av informationer mellan olika kliniker eller institutioner inom hälso- och sjukvården innebär visserligen säkrare och enklare rutiner och därmed också förutsättningar för en bättre vård. Journalutredningen vill emellertid ifrågasätta om de vårdmässiga vinsterna alltid uppväger nackdelarna från integritetssynpunkt. Hur kommer t.ex. den person att reagera, som i syfte att undvika sin granne distriktsläkaren väljer att söka vård direkt på sjukhuset, när han senare får klart för sig att uppgifterna om honom i alla fall kan avläsas på vårdcentralen?

Journalutredningen anser att sekretesslagen även i detta hänseende måste tillämpas utan modifieringar. Det innebär att rutinerna måste innefatta ett sekretessprövningsmoment. Utredningen är dock medveten om att prövningen många gånger är svår genomförbar om arbetet skall kunna bedrivas effektivt under hela dygnet och vill därför föreslå den alternativa möjligheten att patienten själv tas med i beslutsprocessen. När det föreligger ett behov av informationsutbyte kan alltså rutinerna - på sätt som framgår av det nyss citerade J0-ärendet - grundas på patientens samtycke. Medgivande bör då inhämtas på enklaste sätt genom en muntlig förfrågan under vårdtillfället. Skriftlig form eller dataregistrering skulle kunna leda till byråkratisering av vårdarbetet och skulle dessutom kunna misstolkas så att medgivandet får en generell eller för all framtid gällande innebörd. Journalutredningen vill i detta sammanhang påminna om att ett samtycke alltid kan tas tillbaka av patienten - oberoende av om det givits muntligen eller skriftligen.

Teoretiskt kan man tänka sig att det skulle krävas en sekretessprövning trots att patienten gett sitt medgivande till informationsutbytet, nämligen i den situationen att journalen innehåller uppgifter om andra personer än patienten och dessa uppgifter råkar vara av så känslig art att de inte ens kan delges kolleger vid dessas fullgörande av sitt arbete. Enligt journalutredningens mening bör känsliga uppgifter om tredje person inte alls tas in i patientens journal och utredningen återkommer (5.4.5) till frågan om en återhållsamhet när det gäller hänvisningar till andra per-

soner än patienten. Om man kontinuerligt i anslutning till införandet av uppgifter i journalen tar ställning till uppkomna sekretessproblem och gör en markering på journalen om detta kan därför en särskild sekretessprövning i praktiken bli helt onödig när medgivande föreligger.

Journalutredningen förordar allmänt, av hänsyn till patientintegriteten, att "samtyckesprincipen" används mer i hälso- och sjukvården. För enheter som har ett regelbundet behov av samarbete föreslås dessutom formella överenskommelser härom. Utredningen tänker sig att sådana samarbetsöverenskommelser i första hand kan vara lämpliga att tillämpa inom den somatiska vården mellan olika sjukhuskliniker.

En sådan lösning liknar Spris tidigare nämnda kontraktsförslag, men med den väsentliga skillnaden att patienternas integritetsintressen uttryckligen garanteras. Överenskommelsen skulle, under förutsättning av att uppgifter om tredje person fortlöpande prövas enligt vad som sagts ovan, kunna utformas på följande enkla sätt:

"Vid rekvisitioner av journaler mellan medicin-, kirurg- och ortopedklinikerna inhämtar vi regelmässigt patientens samtycke och respekterar dennes vilja. Vi finner därför inget hinder mot att journaler, som behövs i samband med vården, kan utlånas mellan våra enheter utan att ansvarig läkare behöver tillfrågas i varje enskilt fall."

4.3.4 Uppgiftslämnandet till myndigheter och de centrala registren

I avsnitt 4.1.2 har redovisats de olika reglerna om utlämnande av patientuppgifter till myndigheter. Uppgiftslämnande i samband med myndighetsutövning behövs bl.a. för kontrolländamål, som är nödvändiga i ett så komplext välfärdssystem som samhället av idag utgör. Det ligger i sakens natur att dessa i en del fall kan strida mot integritetsintressena. Den här typen av anmälningar grundas på redan gjorda ställningstaganden i lag eller förordning och journalutredningen har inte sett det som sin uppgift att på nytt ta upp dem till diskussion. Utredningen förespråkar dock

allmänt en återhållsamhet när det gäller nya anmälningsskyldigheter, eftersom den sammantagna effekten blir en successiv urholkning av patienternas integritetsskydd.

Hanteringen av individrelaterade data i rikstäckande system aktualiserar inte sällan medborgarintressen som kan stå i konflikt till varandra. Kravet på integritetsskydd ställs således även här mot andra önskemål som kommer till uttryck inom en rad lagområden. Detta kan beskrivas så att medborgarna ställer krav på samhället att ta ansvar för att utvecklingen sker med hänsynstagande till människors liv och hälsa. Det förväntas t.ex. att risker som hör ihop med tekniska och kemiska produkter, befolkningsutvecklingen, strukturomdaningen m.m. skall förebyggas, något som förutsätter varierande bevakningssystem för signalering i tidigt skede när risker börjar manifesteras sig i effekter av sjukdom eller död. Om det skall vara möjligt att bygga upp sådana tidiga varningssystem måste människorna vara beredda att till en del göra avkall på sina krav om en absolut personlig integritet.

Journalutredningen anser, att de berörda målkonflikterna mellan gemensamma intressen och patientintegriteten förutsätter avvägningar i ett bredare samhällsperspektiv än vad som kunnat göras inom ramen för denna utredning. Utredningen har följaktligen inte heller sett det som sin uppgift, att närmare undersöka den i massmedia debatterade frågan, om nödvändigheten av att de centrala registren allmänt förs i personidentifierbar form. I den mån det anses motiverat med en djupare analys av dessa frågor, synes arbetet härmed bättre lämpa sig för en parlamentarisk kommitté - t.ex. den nyligen tillsatta personnummerutredningen - än för den enmansutredning som journalutredningen utgör.

Socialstyrelsens olika patientregister har nu funnits i 10-25 år. De fungerar som basregister för den kliniska och epidemiologiska forskningen samt ger underlag för planerings- och utredningsverksamhet. De har bl.a. kunnat användas för att begränsa skadeverkningar på hälsan av läkemedel och faktorer i miljön. Andra exempel på positiva effekter redovisas i beskrivningen av varje register i kapitel 10.

Journalutredningen har lika litet som beträffande den lokala journalhanteringen funnit det motiverat att i detalj gå in och granska myndighetens arbete med registren. Datasäkerheten har tillgodosetts genom skyddsrutiner som skall förhindra otillbörliga uttag. Det finns tillträdes- och behörighetsregler för lokaler och terminalutrustning m.m. Såvitt känt har det hittills aldrig förekommit något missbruk eller slarv, som på ett eller annat sätt varit till förfång för de registrerade individerna. Utredningen har i det föregående pekat på de integritetsrisker som kan finnas i journal- och registerhanteringen på den lokala/regionala nivån. I jämförelse med dessa tycks trots allt den centrala registreringen vara ganska problemfri.

Journalutredningen bedömer mot denna bakgrund, att den oro som kommit till uttryck i massmedia snarare har sin förklaring i en allmän "datatrötthet" och en misstänksamhet mot användningen av personnummer i alla olika sammanhang, som nu gör sig gällande bland svenskar i gemen. En annan trolig förklaring till oron är brister i informationen på flera håll. Långt ifrån alla anställda i hälso- och sjukvården känner till de centrala registren. Få vet på vilka vägar patientuppgifter förmedlas till registren, vilka data dessa innehåller och vad de används till. Ännu färre är så välinformerade att de själva kan redogöra för detta inför patienten. Det tycks snarare vara undantag än regel att patienten upplyses om den berörda användningen av vårduppgifterna.

Journalutredningen föreslår därför att socialstyrelsen fyller ut informationsbehovet, t.ex. genom att utarbeta ett upplysningsmaterial. Detta bör rikta sig till hälso- och sjukvårdspersonalen och inte bara beskriva den tekniska sidan av saken, utan även populärt förklara registrens användningsområden och vilka vinster man kan uppnå med dessa. Saken kan lämpligen också behandlas i den lokala internutbildningen. Informationsinsatserna bör kunna leda till att patienterna redan i samband med vården får kännedom om dataregistreringen, vilket kan väntas undanröja en del onödig oro.

Registreringen fullgörs i vissa fall fortfarande i enlighet med något äldre regeringsuppdrag, men kan också ha ändrats och utvidgats av myndigheten under årens lopp. Sedan registren inrättades har en ny sekretesslagstiftning trätt i kraft, som medför att sekretess gäller också mellan olika myndigheter. Anmälningsrutinerna innefattar - i varje fall i praktiken - inte någon sekretessprövning av de enskilda fallen. Aidentifieringsmöjligheten har endast utnyttjats när det gäller registren över aborter, steriliseringar och folktandvården. Uppgiftsskyldigheter i lag eller förordning saknas ofta. De av socialstyrelsen själv utfärdade författningarna på området, som både är av bindande och icke-bindande karaktär, bryter inte sekretessen och för övrigt tycks styrelsen endast med en mycket vid tolkning av tillsynsbegreppet alls vara bemyndigad att ge ut föreskrifter i dessa frågor. Landstingens patientdatabaser kan tas som exempel på de rättsliga problemen i sammanhanget. Det nyligen fattade beslutet beslutet om registreringen har inte utformats som en författningsreglerad uppgiftsskyldighet. Ändå berörs i de allmänna råden över huvud taget inte den komplicerade frågan om vem som konkret skall svara för rapporteringen och därmed för den i sekretesslagen förutsatta prövningen när utlämnandet, som i detta fall, dessutom går i flera steg (kliniken - databasen - socialstyrelsen).

Journalutredningen föreslår, att statsmakterna i grunden ser över författningsstödet för de centrala registren och myndigheternas befogenheter i dessa frågor, så att alla formella oklarheter helst löses i ett sammanhang. Integritetsfrågorna är extra känsliga så snart det är fråga om användning av patientuppgifter i andra sammanhang än i vården. Det är därför särskilt viktigt att den formella grunden är odiskutabel. Den lösning som synes ligga närmast till hands är en författningsreglerad uppgiftsskyldighet.

Informationsöverföringen från mödrahälsovården till barnhälsovården och senare till skolhälsovården har också generell prägel och utgör således ett liknande exempel på problem som uppkommit efter den nya sekretesslagen. Bilden kompliceras dessutom av att

verksamheterna har olika huvudmän - landsting respektive kommuner. Det tycks därför även här vara motiverat med ett bättre formellt stöd i form av uppgiftsskyldighet i lag eller förordning, om informationssystemet över huvud taget skall fortleva på samma sätt som hittills. Uppgiftslämnandet inrymmer nämligen flera sakliga frågetecken från integritetssynpunkt.

Journalutredningen har i det föregående avsnittet varnat för effekterna av olika former av rutinmässigt informationsutbyte, eftersom dessa i sin praktiska tillämpning nästan alltid saknar den erforderliga individuella anknytningen. På just detta område får man dessutom den diskutabla konsekvensen att skolan övertar journaler, som inte bara gäller barnen utan även deras mödrar. Det är svårt att se skolhälsovårdens behov av sju år gamla uppgifter om mammans tidigare graviditeter och aborter, dåvarande hälsoanarnes, familjesituation osv.

Journalutredningen föreslår att socialstyrelsen och skolöverstyrelsen antingen helt och hållet omarbetar informationssystemet eller begär hos regeringen att de rättsliga förutsättningarna anpassas till vad som nu krävs enligt sekretesslagen.

5 SKYLDIGHETEN ATT FÖRA JOURNAL

Enligt journalutredningens direktiv bör utredningens arbete "leda till förslag om vilka befattningshavare som skall vara skyldiga att föra journal, i vilka situationer skyldighet skall föreligga och inom vilka verksamhetsformer journal skall föras". Vidare sägs att, "utgångspunkten bör vara att de grundläggande bestämmelserna om skyldigheten att föra journal bör ges i lag". Allmänt gäller att utredningen skall ta hänsyn till patienternas intresse av god och säker vård och till deras integritets- och rättssäkerhetsintressen.

5.1 De gällande reglerna

Flertalet, men inte alla, regler om skyldigheten att föra journal återfinns i författningar som beslutats av regeringen. Dessa uppvisar principiella skillnader, vilket troligtvis förklaras av att målgrupperna varierar och att reglerna tillkommit vid olika tidpunkter. I flesta fall riktar sig föreskrifterna till en viss grupp av yrkesutövare och är då antingen förknippade med det medicinska ledningsansvaret (1 a) eller med det medicinska yrkesansvaret (1 b). Föreskrifterna kan också avse huvudmannen för en angiven verksamhet (2) eller verksamheten som sådan utan att den ansvarige utpekas (3). Journalföringsskyldighet gäller i följande fall. Bestämmelserna redovisas enligt kategoriindelningen ovan.

1 a

Överläkare, i sluten vård med medicinskt ledningsansvar (10 § allmänna läkarinstruktionen, 1963:341).

Överläkare, vid enhet för sluten psykiatrisk vård (2 § kungörelsen (1966:585) angående tillämpningen av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, m.m.)

Läkare, som åtagit sig ansvar för vården på ett enskilt vårdhem - s.k. vårdhemsläkare (16 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m.).

1 b

Tandläkare (3 § allmänna tandläkarinstruktionen, 1963:666).

Läkare, i sin verksamhet i öppen vård (3 § allmänna läkarinstruktionen, 1963:341).

Barnmorska, i samband med förlossning eller missfall annorstädes än å sjukhus (10 § reglementet (1955:592) för barnmorskor).

2

Den som driver verksamhet i vilken livsmedelshantering ingår (32 § livsmedelsförordningen, 1971:807).

3

Skolhälsovård (4 kap. 8 § skolförordningen, 1971:235).

Utöver regeringens nämnda föreskrifter finns ytterligare journalföringskyldigheter, som meddelats av socialstyrelsen och statens livsmedelsverk. Dessa avser antingen journaler i allmänhet eller tar sikte på särskilt angivna situationer.

Följande yrkesgrupper är också skyldiga att föra journal (generellt eller i något särskilt avseende):

distriktssköterska (MF 1964:68)

legitimerade optiker (SOS FS 1981:11)

psykolog (SOS FS 1982:78)

tandhygienist (SOS FS 1981:100)

tandsköterska (SOS FS 1981:100).

Regeringens krav på journalföring "vid förlossning eller missfall annorstädes än å sjukhus" avser barnmorskor. Detta krav har utvidgats av socialstyrelsen (MF 1966:31) till att också omfatta distriktssköterskor med utbildning i förebyggande mödravård. I en annan författning (SOS FS 1980:21) har styrelsen ålagt barnmorskor att inte bara föra den nämnda förlossningsjournalen utan även journal "över sin verksamhet inom preventivmedelsrådgivningen". I kungörelsen om skeppsapotek (SOS FS 1979:25) har styrelsen gått utanför kretsen av hälso- och sjukvårdspersonal när man ålägger den "härför ansvarige" (styrman) en skyldighet att föra särskild sjukjournal beträffande all sjukvård som bedrivs ombord.

5.2 Journalföringspraxis

Journalföring har från början entydigt varit en arbetsuppgift för läkare, tandläkare och i viss mån barnmorskor. Hälso- och sjukvårdens specialisering, den allmänt höjda utbildningsnivån och delegeringsförfarandet är faktorer som medfört att flera andra personalkategorier också börjat att föra journal över sin del i patientvården. Grunddragen i utvecklingen hittills har beskrivits i kapitel 4.

Ordvalet "den grundläggande patientdokumentationen" i utredningsdirektiven tyder på att översynen inte endast skall omfatta vad som traditionellt betecknats som journal. Journalutredningens val av begreppsapparat redovisas i kapitel 2. Med journalföring avses således här varje sorts formaliserat dokumenterande av medicinska, psykologiska och sociala uppgifter, som behövs vid vården av enskilda patienter.

Det krävs ett omfattande arbete om man skall få en fullständig bild av all patientdokumentation som finns på olika håll i hälso- och sjukvården eller tandvården. En kartläggning av de faktiska förhållandena i denna fråga kan nog aldrig bli heltäckande. Beskrivningen nedan är dock ett försök att överblicka olika situationer och verksamheter där personal regelmässigt eller vid enstaka tillfällen antecknar vårduppgifter.

Ambulanspersonal

Vid uttryckningsuppdrag skall enligt socialstyrelsens kungörelse (SOS FS 1978:34) med föreskrifter om sjukvårdsutbildning för ambulanspersonal m.m. finnas vårdare som genomgått grundkurs i sjukvård. Grundkursen omfattar sju veckor och på försök finns dessutom en 20-veckors påbyggnadskurs.

En nyhet som på senare år prövats i några landsting är en särskild ambulansjournal. Avsikten är att ambulansmännen under transporten på ett enkelt sätt skall teckna ned, t.ex. med kryss- eller kodmarkering, uppgifter om symtom som patienten hade vid omhändertagandet och åtgärder som vidtagits under transporten. Ibland skrivs korta kommentarer om hur t.ex. en olycka inträffat. Journalblanketten skall vid ankomsten överlämnas till sjukhuset där den biläggs akutmottagningens journal.

Arbetsterapeuter

Arbetsterapeuter har utbildning på högskolenivå, som omfattar två och ett halvt år. Arbetsterapeuternas åtgärder är inriktade mot såväl individen som miljön och omfattar både förebyggande och behandlande moment inom områdena personlig vård, boende, fritid och arbete. De undersöker, bedömer och behandlar fysiska, psykiska eller sociala funktionsstörningar. Arbetsterapeuter har utprovnings- och ordinationsrätt för ett stort antal hjälpmedel. Bostads- och arbetsplatsanpassning ingår som en viktig del i arbetet.

Flertalet arbetsterapeuter är anställda i landstingens öppna och slutna vård, inom kommunernas äldreomsorg eller inom omsorgen om psykiskt utvecklingsstörda. Ett fåtal är statligt eller privat anställda.

Arbetsterapeuter för egna journaler. Dessa har i princip samma utformning som läkarjournalerna. Den fortlöpande beskrivningen delas in i anamnes, status, behov av arbetsterapeutiska åtgärder, åtgärder som vidtagits och dessas resultat samt slutanteckning.

Dessutom dokumenteras separat olika uppgifter om patientens personliga vård, boende, arbete och fritid. Inom t.ex. psykiatrin är det vanligt att arbetsterapeuter skriver direkt i klinikjournalen.

Barnmorskor

Barnmorskeutbildningen är numera en påbyggnadslinje efter yrkespraktik som grundutbildad sjuksköterska och omfattar 50 poäng i obstetrisk och gynekologisk vård. Barnmorskor är verksamma i slutna vård på förlossning-, BB- och gynekologiska vårdavdelningar. I öppen vård arbetar barnmorskor främst med mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning och föräldrautbildning. Ett fåtal barnmorskor är verksamma som fria yrkesutövare.

För mödrahälsovård och förlossningsvård finns särskilda av socialstyrelsen utarbetade journalblanketter, som används över hela landet. Dessa är hårt strukturerade med förtryckt ledtext och förutsätter endast kortare anteckningar. Några av journaldokumenten ger dock större utrymme för en deskriptiv beskrivning. På vårdavdelningar för barnmorskor anteckningar om övervakningen av det nyfödda barnet (längd, vikt, matning m.m.) och om den nyförlösta kvinnan, t.ex. om amning. I preventivmedelsrådgivningen antecknas anamnestiska uppgifter, indikationer för eller emot användningen av olika antikonceptionsmetoder, utfärdade p-pillerrecept m.m.

Distriktssköterskor

Även distriktssköterskeutbildningen är en påbyggnadslinje (40 p) efter viss yrkespraktik som sjuksköterska. Distriktssköterskor är verksamma i primärvården och har väsentliga uppgifter inom barnhälsovården och i hemsjukvården. De bedriver även allmän hälsoupplysning och har mottagningsverksamhet. I den mån huvudmannen inte anställt särskild personal för ändamålet skall distriktssköterskor även ombesörja dispensärvård och skolhälsovård. Distriktssköterskor har rätt att förskriva vissa hjälpmedel.

I sin mottagningsverksamhet för distriktssköterskorna återkommande anteckningar om patientens problem, enklare undersökningar, vårdåtgärder, råd om egenvård m.m. på särskilda journalkort eller på samma journalblad som distriktsläkarna använder. Hemsjukvården dokumenteras oftast fortlöpande på de vanliga journalbladen. Här redovisas uppgifter om prov som tagits (blod, urin), kateterbyten, läkemedels- och injektionsgivning, sjukdomsutvecklingen och den sociala situationen (bostad, anhörigbidrag m.m.). För barnhälsovården finns särskilda av socialstyrelsen utarbetade journalblanketter. På dessa antecknas uppgifter om barnets kroppsliga, psykiska och sociala utveckling, vaccinationer och genomgångna barnsjukdomar m.m. *

Företagssköterskor

Majoriteten av företagssköterskorna har gått igenom en särskild kurs på åtta veckor, som anordnas av arbetarskyddsstyrelsen. De är verksamma i det förebyggande arbetet bl.a. genom att bedriva arbetsplatsstudier och riktade hälsokontroller m.m. De medverkar också vid frågor om rehabilitering och arbetsplacering. Till ungefär hälften utgörs företagshälsovården av rent sjukvårdande verksamhet, där företagssköterskorna fullgör alla vanligt förekommande sjuksköterskeuppgifter.

Företagshälsovårdscentraler har normalt egna journaler, som i stora drag liknar sjukhusens olika blankettyper. Arbetsplatsbesök hos enskilda individer, uppföljningar, remisser m.m. förs in fortlöpande som mottagningsanteckningar. Hörsel- och synprov liksom riktade hälsokontroller registreras vanligen på särskilda testblanketter. Journalföringen sköts till viss del av företagsköterskan och i övrigt av läkare. Tekniska mätvärden kan dock journalföras av t.ex. skyddsingenjörer.

Hörselvårdsassistenter

Hörselvårdsassistentutbildningen är tvåårig och förbereder för arbete på sjukhusens hörcentraler och audiologiska avdelningar.

Några hörselvårdsassistenter arbetar i primärvården och yrkesgruppen finns även representerad i ett fåtal befattningar inom företagshälsovården. Hörselvårdsassistenten tar vanligen emot patienter efter remiss av öronläkare och utför hörselmätningar samt provar ut, ordinerar och anpassar hörapparater eller andra tekniska hjälpmedel.

Hörselvårdsassistenten dokumenterar på särskilda kort eller journalblad uppgifter om hörapparatutprovningen, t.ex. apparattyp, fabrikat, nummer och ev. reparationer. I ton- och talaudiogram antecknas resultaten av hörselmätningar genom kryssmarkeringar i ett schema eller med siffervärden.

Kliniska dietister

De befattningshavare som i dag innehar dietisttjänster har en mycket varierande utbildningsbakgrund. År 1978 inrättades en reguljär högskoleutbildning - linjen för kost och näringsekonomi, terapeutisk gren - som omfattar 100 poäng. Dietistens huvuduppgift är att ge kostråd till patienter med sådana sjukdomar, där kosten utgör hela eller delar av den medicinska behandlingen. Flertalet dietister är sjukhusanställda och tillhör organisatoriskt antingen en klinik eller en särskild kostavdelning. Ett mindre antal dietister arbetar i primärvården och i tandvården.

Dietister för vanligen daganteckningar i egna journaler om patientens hälsotillstånd, matvanor, råd om förändringar av kosten och resultaten av dessa. På särskilda blad förtecknas mängd och typ av specialprodukter som rekommenderats, förslag till veckomatsedel m.m.

Kuratorer

Flertalet kuratorer inom landstingens hälso- och sjukvård har socionomexamen. På sjukhusen är kuratorerna antingen organisatoriskt inordnade i de olika klinikerna eller tillhör en särskild kuratorsavdelning. Kuratorer arbetar även i primärvården och inom t.ex. omsorgsverksamheten. Några är verksamma i företagshälsovårdens psykosociala funktioner.

Kuratorerna har till huvuduppgift att göra sociala bedömningar och meddela social rådgivning i samband med att patienten genomgår medicinsk vård och behandling. De medverkar vid bedömningar om t.ex. långvårdsplacering och vid rehabiliteringen av långvarigt psykiskt sjuka samt sköter kontakter med olika myndigheter och anhöriga. På psykiatriska kliniker brukar kuratorerna medverka i det psykoterapeutiska arbetet. De har också viktiga uppgifter inom abort- och steriliseringsverksamheten.

Kuratorer dokumenterar antingen i klinikjournalen eller i separata kuratorsjournaler uppgifter om patientens sociala och ekonomiska situation. Det kan t.ex. gälla förhållandena i familjen, hemmet och på arbetsplatsen. Den sociala utredningen kan kompletteras med daganteckningar om det sociala behandlingsarbetet, t.ex. om förloppet av stödjande samtal med patienten eller dennes anhöriga. De separata kuratorsjournalerna innehåller journalblad, epikris m.fl. dokument efter förebild av läkarjournalerna. Spri har år 1981 lämnat förslag om grundjournaler för kuratorer.

Laboratorieassistenter

Laboratorieassistenter utbildas på den medicinska servicelinjen, som omfattar 90 poäng. Påbyggnadslinjer finns i klinisk cytologi och blodgruppsserologi. Utbildningen är snarare teknisk än patientinriktad.

De flesta laboratorieassistenter arbetar på sjukhusens laboratorier. Några är verksamma på t.ex. rättsmedicinska institutioner. Många deltar i forsknings- och utvecklingsarbete vid universiteten och inom läkemedelsindustrin.

Laboratorieassistenter svarar för det tekniska utförandet av analyser och undersökningar. I arbetsuppgifterna ingår bearbetning, sammanställning och redovisning av mätresultat. Vissa kliniskt verksamma laboratorieassistenter ansvarar för provtagning och undersökningsarbete, t.ex. inom blodgivningsverksamheten. Cytologassistenter besvarar ofta självständigt remisser som avser prover med normalvärden, t.ex. i samband med gynekologiska hälsokontroller.

Logoped

Logopedutbildningen är en treårig högskoleutbildning. Flertalet logopedter tjänstgör på de större sjukhusens foniatriska avdelningar eller på logopedavdelningar vid sjukhus som saknar foniatrisk avdelning. Det finns också logopedtjänster inom vissa specialområden, t.ex. på neurologiska-, barn-, eller långvårdskliniker. Ett mindre antal logopedter är knutna till behandlingsinstitutioner inom omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda och ett fåtal är fria yrkesutövare.

Logopedter ansvarar för den språkliga diagnostiken. De behandlar självständigt personer med röst-, tal- och språkrubbningar. En stor patientgrupp utgörs av förskolebarn med försenad språkutveckling. Logopederna har ordinationsrätt för tal- och kommunikationshjälpmedel.

Logopeden är vanligen remissinstans med eget behandlingsansvar. Normalt förs egna journaler, som innehåller uppgifter om patientens anamnes, t.ex. språkutveckling, grammatik och ordförråd samt resultaten av utförda språktester eller språkanalyser. I kronologiska mottagningsanteckningar redovisas utvecklingen av t.ex. andnings-, resonans- och röstövningar m.fl. behandlingsåtgärder. Journalen avslutas med epikris och/eller remissutlåtande.

Läkare

Utbildningen till läkarexamen omfattar 5 1/2 år och förbereder för verksamhet inom hela hälso- och sjukvården. Majoriteten av läkarna är landstingsanställda i öppen och sluten vård, men många läkare arbetar också på hel- eller deltid inom flera andra verksamheter. Ett stort antal läkare är verksamma i den privata vårdsektorn - i företagshälsovården, på olika vårdhem och behandlingsinstitutioner eller vid egna mottagningar.

Läkarnas journalföring har av tradition haft särskilt stor betydelse i patientvården och har dessutom varit stilbildare för övriga yrkesgrupper. I bl.a. kapitel 6 och 7 redogörs därför utförligare för innehållet i och utformningen av dessas journaler.

Medicinskt-tekniska assistenter

Till gruppen medicinskt-tekniska assistenter räknas oftalmolog-, operations-, radioterapi- och röntgenassistenter. Utbildningarna som leder fram till dessa yrken omfattar 80 eller 90 poäng där tonvikten läggs på de tekniska momenten. Assistentgrupperna har övertagit vissa specialuppgifter, som tidigare ankommit på sjuksköterskor. Den nya utbildningen på hälso- och sjukvårdslinjen kan dock sägas innebära en återgång till vad som gällde tidigare, eftersom samtliga inriktningar leder fram till legitimation som sjuksköterska.

Oftalmologassistenter assisterar ögonläkare vid undersökningar och vid operationer. De utför bl.a. synskärpe- och synfältsbestämningar och dokumenterar undersökningsresultaten. Detta görs antingen i form av arbetsanteckningar som läkaren senare för över i journalen eller direkt i originalhandlingarna.

Operationsassistenter assisterar läkare vid olika kirurgiska undersökningar och behandlingar. De räknar och förtecknar på en särskild lista antalet dukar och kompresser m.m., som använts vid det operativa ingreppet.

Radioterapiassistenter arbetar på onkologiska kliniker och på isotoplaboratorier. Radioterapiassistenten verkställer strålterapibehandling och isotopundersökningar efter direktiv av läkare och sjukhusfysiker. Assistenten antecknar under behandlingens gång vissa kontrollvärden, t.ex. dosering vid strålterapi. ADB-tekniska kontrollrutiner är under utveckling och kan i framtiden komma att ersätta den manuella dokumentationen.

Röntgenassistenter arbetar huvudsakligen på sjukhusens röntgenavdelningar, men några är också verksamma på privata läkarhus, inom företagshälsovården och inom rättsläkarverksamheten. De medverkar vid röntgenundersökningar och svarar för genomlysning och exponering. I samband med vissa undersökningar kan de få ge injektioner och kan då också dokumentera den vidtagna åtgärden.

Optiker

Optiker utbildas vid gymnasieskolorna i Stockholm och Motala och utbildningen består av en tvåårig specialkurs. Efter två års yrkesverksamhet kan inträde vinnas på den särskilda s.k. legitimeringskursen, som omfattar tolv veckor.

En övervägande majoritet av de legitimerade optikerna är verksamma som fria yrkesutövare, men några kan också ha anställning på landstingens syncentraler.

De legitimerade optikerna för journalanteckningar i form av kortregister eller på journalblad av A 4-format. Här antecknas vilken typ av synundersökning som gjorts, resultaten av synskärpe-, synfälts- och färgsinnesprov samt uppgifter om utlämnade optiska synhjälpmedel.

Ortoptister

Ortoptisterna är vanligen verksamma på ögonmottagningar och arbetar till övervägande delen med rehabilitering av barn och ungdomar med synskador. De kan också delta i det förebyggande arbetet på barnavårdscentralerna. Utbildningen är numera en påbyggnadslinje (40 p) till hälso- och sjukvårdslinjens inriktning mot ögonsjukvård.

Ortoptisterna har till uppgift att diagnostisera skelningar, synsättningar och andra samsynsruddningar samt att behandla dessa tillstånd. De gör ögontryck- och synfältsmätningar. Behandlingen och undersökningsresultaten journalförs. Ortoptisterna brukar använda egna journaler.

Ortopedingenjörer

Ortopedingenjörer (tidigare: bandagister) är verksamma inom hjälpmedelsverksamheten, i regel på sjukhusens ortopedtekniska avdelningar eller på särskilda hjälpmedelscentraler. Den ortopedtekniska linjen (80 p) är en nyinrättad högskoleutbildning, som ersätter tidigare specialkurser i gymnasieskolan.

Ortopedingenjörerna svarar för detaljspecifikation av tekniska handikaphjälpmedel samt utför avgjutningar, mätningar och protesutprovningar på patienter. Vissa hjälpmedel kan vid oriktig hantering eller brist på information orsaka skador.

Journalföringsrutinerna skiljer sig både mellan olika landsting och mellan olika delar av verksamheten hos samma huvudman. På en del sjukhus för ortopedingjörerna egna journaler om vidtagna åtgärder med uppgifter om typ av hjälpmedel, protes osv.

Psykologer

Efter fem års teoretisk utbildning (psykologexamen) och ett års praktik, s.k. PTP-tjänstgöring, erhåller psykologen legitimation.

I hälso- och sjukvården arbetar psykologer i såväl slutenvård, t.ex. barn- och ungdomspsykiatriska och vuxenpsykiatriska kliniker, avdelningar för medicinsk rehabilitering m.m., som i öppen vård, t.ex. inom mödra- och barnhälsovården. Psykologer är verksamma i företagshälsovård eller som egna företagare. En stor grupp psykologer utanför den allmänna hälso- och sjukvården är skolpsykologerna. Psykologer finns även inom omsorgsverksamheten, socialtjänsten och kriminalvården.

Psykologernas behandlingsarbete utförs antingen på remiss av läkare eller som teamverksamhet. I det första fallet för psykologen en egen journal, i det andra fallet görs oftast anteckningarna i stället i klinikjournalen. Psykologanteckningar innehåller uppgifter om diagnostisk bedömning, åtgärdsplanering och psykologisk behandling. Däremot dokumenteras vanligen inte innehållet i varje enskilt samtal.

Psykoterapeuter

År 1978 inrättades en särskild statlig påbyggnadsutbildning i psykoterapi inom högskolan. Denna utbildning är uppdelad i två steg. Steg 1 omfattar 30 poäng, medan steg 2 omfattar 60 poäng.

Genomgången steg 2-utbildning leder fram till psykoterapeutexamen. Utbildning i psykoterapi ges också av intresseföreningar, landsting m.fl.

Psykoterapeutisk behandling ges framför allt på de psykiatriska klinikerna och i den psykiska barn- och ungdomsvården. Sådan behandling kan också ges inom ramen för skolhälsovården och i familjerådgivningen. En försiktig uppskattning som 1981 års behörighetskommitté gjort, ger vid handen att de på heltid verksamma privatpraktiserande psykoterapeuterna kan utgöra omkring 100 personer. De som har enskild verksamhet vid sidan av anställning torde vara något flera, möjligen ytterligare 200 personer.

Utbildningen i psykoterapi bygger på att den studerande tidigare fått en grundutbildning för något yrke med människovårdande uppgifter, t.ex. som läkare, psykolog eller socionom. I flesta fall har alltså terapeuten redan tillägnat sig de metoder för journalföring som allmänt tillämpas på sjukhusen. Behandlingen brukar delas in i individual-, grupp- eller familjeterapi och terapeutens daganteckningar beskriver utvecklingen av terapin.

Sjukgymnaster

Utbildningen till sjukgymnast omfattar 2 1/2 år. Flertalet sjukgymnaster är landstingsanställda i både öppen och slutenvård. På sjukhusen arbetar sjukgymnaster mestadels på särskilda sjukgymnastikavdelningar, som organisatoriskt hör till ortopediska-, reumatologiska-, rehabiliterings- eller långvårdskliniker. En ganska stor andel sjukgymnaster är verksamma inom företagshälsovården och ca 20 procent är privatpraktiserande. Sjukgymnaster finns även i t.ex. omsorgsverksamheten.

Sjukgymnaster undersöker, bedömer och behandlar funktionsrubbingar som kan uppstå efter olika typer av skador eller sjukdomar. Aktivering av patienter med psykiska besvär och rehabilitering av rörelsehindrade efter trafikolyckor är viktiga arbetsfält.

Sjukgymnaster för oftast journalanteckningar i egna sjukgymnastikjournaler, men på vissa kliniker skriver man direkt i huvudjournalen. De privat verksamma sjukgymnasterna använder sig vanligen av behandlingskort. Anteckningarna avser t.ex. uppgifter om rörlighet och muskelfunktioner, behandlingsplan, träning och mobilisering, råd om hemövningar, utprovning av hjälpmedel och sammanfattning av resultat efter några behandlingstillfällen.

Sjukhusfysiker

Sjukhusfysiker har antingen fil.dr.-examen i radiofysik eller fil.kand.- eller civilingenjörsexamen med 60 poäng i medicinsk radiofysik samt tre års praktik. Sjukhusfysikverksamheten är organiserad i självständiga avdelningar med en sjukhusfysiker som chef, och med fysikern i organisatorisk ställning som motsvarar klinikchef.

Sjukhusfysikerna är delvis kliniskt inriktade och de ansvarar för behandlingens uppläggning och genomförande inom strålterapi. Inom isotopdiagnostiken svarar fysikern för att det fysikaliskt metodologiska och tekniska underlaget för ställande av diagnos är korrekt, och samverkar med läkare i undersökningen av den enskilde. Under senare år har fysikerna i ökad utsträckning engagerats på motsvarande sätt även inom röntgendiagnostiken vid introducerandet av bl.a. datortomografi och mammografi.

I samband med strålbehandling för sjukhusfysikern, i separata journaler, anteckningar om hur behandlingen genomförs. Anteckningarna omfattar stråldos, inriktning av strålfält, lokalisering av bestrålade organ m.fl. uppgifter som är nödvändiga för beräkning av fördelning av stråldosen i kroppen. Anteckningar görs även i samband med granskningen av det diagnostiska underlaget vid isotopundersökningar. Ibland fogas fotografier till journalen.

Sjuksköterskor

Grundutbildningen till sjuksköterska är tvåårig och kan efter yrkespraktik kompletteras med flera olika påbyggnadsutbildningar.

Sjuksköterskor är verksamma i en mängd olika befattningar i slut- och öppen vård hos landstingen. Sjuksköterskor med primärkommunal anställning finns främst i skolhälsovården, men också vid vissa inrättningar inom omsorgsvården och vid servicehus (ålderdomshem). I statlig tjänst finns sjuksköterskor i bl.a. förbands- sjukvården och på kriminalvårdens anstalter. En ganska stor grupp sjuksköterskor är privatanställda t.ex. i företagshälsovård, på enskilda vårdhem, vaccinationscentraler m.m. Några är fria yrkesutövare.

Sjuksköterskan ansvarar i vidare mening för omvårdnaden av patienten. På vårdavdelningar för hon fortlöpande anteckningar på särskilda journaldokument (rapportblad, temperatur- och medicinlista), som biläggs klinikjournalen. Uppgifterna kan avse patientens aktuella hälsotillstånd, sinnesstämning, aptit och sömnläggning liksom vissa medicinska mätvärden, t.ex. temperatur och blodtryck m.m., givna injektioner och utdelade läkemedel. I cardex, som vanligen förs med blyerts och som allmänt betraktas som en tillfällig arbetshandling, antecknas observanda om planerade undersökningar m.m. I cardex skrivs även vissa uppgifter om patientens sociala situation, kontakter med anhöriga, behov av hemhjälp eller färdtjänst osv. För att ge bättre överskådlighet av sjuksköterskans åtgärder och iakttagelser prövas nu på några sjukhus särskilda omvårdnadsjournaler.

I skolhälsovården brukar sjuksköterskor sköta den rutinmässiga journalföringen. Det kan t.ex. gälla uppgifter om barnens utveckling, genomgångna infektionssjukdomar, typ och resultat av givna vaccinationer m.m. Även i andra verksamheter dokumenterar vanligen sjuksköterskor uppgifter om läkemedelshanteringen och olika åtgärder i patientvården. På mindre behandlingsinstitutioner svarar de oftast självständigt för den kontinuerliga övervakningen av patienterna och därmed också för den journalföring som då krävs.

Skötare, förste skötare och överskötare

För tjänster för skötare/vårdare på olika nivåer inom den psykiatriska vården har gällt utbildningskrav som i stort sett motsva-

rat undersköterskor. Dessa grupper har vanligen formell utbildning från KomVux eller interna landstingsutbildningar. I den nya högskoleutbildningens hälso- och sjukvårdslinje finns en inriktning mot psykiatrisk vård. Det kommer alltså att utbildas sjuksköterskor med samma uppgifter som förste skötare, överskötare och den enligt tidigare ordning utbildade sjuksköterskan med vidareutbildning i psykiatri nu har.

Skötare/vårdare arbetar på psykiatriska kliniker, specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda, psykiatriska öppenvårdsmottagningar, vid sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka och enskilda vårdhem. I arbetsuppgifterna ingår att medverka vid psykiatriska bedömningar och i samråd med patient, anhöriga och medarbetare utarbeta en vårdplan. De ansvarar för omvårdnadsarbetet samt gör behandlingsinsatser inom rehabilitering och förebyggande psykiatrisk vård.

Skötare/vårdare som ingår i ett behandlingsteam eller fungerar som "kontaktmän", för ofta journalanteckningar härom direkt i klinikjournalen. På vissa håll använder man sig av särskilda blad ("blåpapper", mottagningsanteckningar), som antingen biläggs journalen eller förvaras separat. Anteckningarna kan t.ex. avse en systematisk samtalsterapi, patientens fortlöpande hälsotillstånd, emotionella reaktioner, den sociala situationen m.m.

Tandläkare

Den teoretiska utbildningen till tandläkarexamen omfattar 4 1/2 år. Ungefär hälften av tandläkarna är anställda inom folktandvården och en del på särskilda tandreglerings- och specialisttandpolikliniker. Den andra hälften arbetar inom privat verksamhet. Tandläkare har ett självständigt ansvar för diagnostik och behandling av patienter.

Journalblanketter för folktandvården har utarbetats av socialstyrelsen. Dessa används till viss del även av privattandläkare. Övriga tandläkare för journal på små behandlingskort. Folktandvårdsjournalerna är hårt strukturerade och följer den logiska

uppbyggnaden med anamnes, status och fortlöpande behandlings-
anteckningar. Tandläkaren antecknar t.ex. uppgifter om patientens
blödningstendens, betty, tandsten, röntgenfynd och profylaktiska
åtgärder. I särskilda terapirutor (en för varje tand) markeras
med förkortningar och ett siffersystem vidtagen kariesbehandling,
extraktion m.m. De deskriptiva anteckningarna är mycket kort-
fattade. Journalerna innehåller även röntgenbilder.

Tandhygienister och tandsköterskor

Efter minst två års yrkespraktik kan tandsköterska genomgå en
ettårig högskoleutbildning till tandhygienist. Drygt hälften av
de yrkesverksamma tandhygienisterna är anställda på folktand-
vårdskliniker, specialtandkliniker och odontologiska fakulteter
medan övriga är verksamma på privatmottagningar och företag.

Tandhygienister biträder tandläkare eller behandlar patienter
efter remiss från tandläkare. De svarar för förebyggande insatser
för enskilda patienter och ger kollektiv tandhälsoinformation,
t.ex. till skolklasser. I den individuella vården arbetar de med
munhygienbehandling och avlägsnar t.ex. tandbeläggningar och
fyllnadsöverskott, polerar tänder samt mäter tandfickor. Ett
mindre antal tandsköterskor, som genomgått särskilda kurser,
arbetar som munhygien- eller profylaxtandsköterskor med arbets-
uppgifter som i viss mån liknar tandhygienistens.

Tandhygienisterna för fortlöpande journalanteckningar på status-
och terapiblad (folktandvården), som vanligen biläggs tandläkar-
journalen. Här antecknas undersökningsfynd, vidtagna behandlings-
åtgärder och typ av smärtlindring (t.ex. polering, pensling,
infiltrations- eller ytanestesi), rekommenderade hjälpmedel och
metoder för egenvård.

Undersköterskor och sjukvårdsbiträden

Yrkeskategorien undersköterskor har vuxit fram ur gruppen sjuk-
vårdsbiträden. Den särskilda undersköterskeutbildningen (32
veckor) håller nu på att ersättas av gymnasieskolans vårdutbild-

ning. Undersköterskor och sjukvårdsbiträden arbetar i landstingens slutna vård på vårdavdelningar och biträder i öppen vård vid mottagningsverksamheten. Yrkesgrupperna finns även representerade vid privata vård- och behandlingsinstitutioner.

Undersköterskor/sjukvårdsbiträden antecknar ibland på vårdavdelningar mätningar av dryck, kräkningar, urin och avföring på särskilda listor, som sedan förs över av sjuksköterskan till temperaturkurvebladet i journalen. Det förekommer även att ursprungslistan läggs direkt i journalen liksom att man använder sig av generella listor för olika observationer. På t.ex. sjukhem eller andra enheter där man arbetar i vårdlag kan det vara en uppgift för undersköterskan att hålla en skriftlig vårdplan aktuell. Undersköterskor som arbetar i patientmottagarfunktionen på vårdcentraler antecknar på den särskilda s.k. RP-blanketten uppgifter som inhämtats på telefon om patientens problem, kontaktorsaken m.m.

5.3 Några problem med det gällande regelsystemet

Det är givetvis viktigt att känna till vilka bestämmelser som gäller nu och hur dessa tillämpas. Det har tidigare konstaterats att bilden är mycket splittrad och att det t.ex. i några avseenden (särskilt sjukhusvården) saknas regler där man skulle kunna förvänta sig någon form av central styrning. Beskrivningen av de faktiska förhållandena visar å andra sidan att patientvården dokumenteras av betydligt fler yrkesgrupper än de som är ålagda här till och att man i praktiken många gånger följer gemensamma handlingsnormer utan att så uttryckligen krävs. Det har med andra ord utvecklats en sorts väletablerad sedvanerätt, som fyllt ut bristerna i lagstiftningen.

Journalutredningens uppdrag är delvis författningstekniskt och innebär att systematisera och förenhetliga redan gällande skyldigheter enligt olika författningar. Utredningen skall emellertid också lämna förslag om vad statsmakterna skall garantera i lagstiftning när det gäller omfattningen av dokumenterandet. Följande exempel visar på bristerna i det nuvarande systemet.

En patient med psykiska problem (ej LSPV-fall) tas in på läns-sjukhusets psykiatriska klinik. Över vården förs journal och i denna antecknar flera olika läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer och skötare. Enligt de gällande bestämmelserna har klinikens överläkare ett övergripande ansvar för att journal förs i den omfattning det behövs. Denna skyldighet anges i allmänna läkarinstruktionen och är en del av det medicinska ledningsansvaret. Det är med andra ord fråga om ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina åligganden beträffande journalföringen. Ett i föreskriftsform reglerat personligt åliggande att föra journal finns emellertid endast för psykologen medan övriga befattningshavares - avdelningsläkarens såväl som skötarens - journalföring fullgörs enligt praxis och formellt är en arbetsuppgift som delegerats till dem.

Efter en tid behöver patienten inte längre fortsatt institutionell vård och kan i stället överföras till öppnare vårdformer. Om landstinget organiserat sin psykiatriska vård efter sektorsprincipen bibehålls vanligen vårdansvaret hos moderkliniken och patienten kan i princip möta samma personal (psykiatriskt team) ute i sitt bostadsområde. Man kan också tänka sig ett nära samarbete med primärvården där klinikrepresentanterna tjänstgör som konsulter och där primärvården sköter den kontinuerliga behandlingen.

Journalföringen kommer i praktiken att fullgöras på ungefär samma sätt oberoende av om vården förläggs till sjukhuset, vårdcentralen eller patientens bostad, vilket också måste verka mest naturligt ur patientens synvinkel. Dennes intressen i journalföringen förändras ju inte med valet av vårdform, det medicinska verksamhetsområdets strukturella indelning eller andra sjukvårdsorganisatoriska överväganden. Rättsligt sett finns det dock sådana skillnader. Samme läkare som patienten träffade på kliniken och som där inte hade något eget journalföringsansvar åläggs nu en sådan skyldighet. Denne förutsätts nämligen enligt 3 § allmänna läkarinstruktionen föra journal "i sin verksamhet i öppen vård". Även administrerandet av läkemedel kommer, om man bara ser till journalföringen, att behandlas olika. Sjuksköterskan på kliniken

är för närvarande inte personligen skyldig att journalföra sina åtgärder i patientvården, medan däremot distriktssköterskan, som kanske fullföljer en redan inledd depåmedicinering, får anses vara pliktig att journalföra detta enligt 17 § normalreglementet för distriktssköterskor. Däremot gäller samma bestämmelser för psykologen, antingen han arbetar på kliniken eller i ett öppen-vårdsteam.

5.4 Journalutredningens överväganden och förslag

5.4.1 Kriterier för en rättslig reglering

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 ansvarsnämnden. Socialstyrelsens tillsynsverksamhet grundas också till stor del på upplysningar i enskilda fall. Huvudsyftet med den i förordningen (1982:772) om skyldighet för landstingskommuner att anmäla till socialstyrelsen vissa skador och sjukdomar som inträffat i hälso- och sjukvården (s.k. Lex Maria) föreskrivna anmälningsskyldigheten, är enligt propositionen till HSL "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". Vidare påpekas, att det många gånger är 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 utfärdar föreskrifter eller på annat sätt ingriper för att förebygga att liknande händelser inträffar framledes. För att detta arbete överhuvud taget skall kunna fullgöras krävs vissa uppgifter och därvid anses journalmaterial vara grundläggande.

Journalutredningen har att föreslå de regler om journalföringen som samhället bör ställa upp för att garantera patientens intressen. En primär angelägenhet är givetvis då att slå fast de grundläggande skyldigheterna i sammanhanget. Målet för dessa bör vara att journal skall föras när så kan anses befogat - varken mer eller mindre - och att ansvarsförhållandena blir klara. Det gäller därvid att finna en väg som ger stor frihet för hälso- och sjukvårdens huvudmän att utforma verksamheten efter egna förutsättningar utan att reglerna blir så utslätade att det uppstår oklarhet om ansvarsfördelningen och innebörden av skyldigheten i det dagliga arbetet. Utgångspunkten vid denna avvägning måste vara att lägga fast minimikraven. Journalföringens roll för säkerheten i vården och som en rättssäkerhetsgaranti måste då sättas i förgrunden. Man kan också uttrycka det så att dessa minimikrav är en form av borgensåtagande för människors behov av grundtrygghet i medicinskt och rättsligt hänseende. Detta nödvändiggör statliga regler och i en prioriteringssituation får andra välmotiverade intressen vika.

Exemplet i det föregående avsnittet visar, att det först och främst behövs en modernisering av de grundläggande föreskrifterna att föra journal, dvs. närmast en begränsad författningsteknisk översyn. De till synes omotiverade skillnaderna mellan olika verksamhetsområden och olika befattningshavare har sina historiska förklaringar. Journalföreskrifter som meddelats av regeringen är för det mesta omkring 20 år gamla och har alltså tillkommit vid en tid när sjukvården såg väsentligt annorlunda ut än idag. Dessa föreskrifter har senare utvidgats och kompletterats av socialstyrelsen i olika försök att klara av de värsta bristerna, som uppstått till följd av den snabba medicinska utvecklingen och de omfattande organisatoriska förändringar som genomförts inom hälso- och sjukvården. För journalutredningen inställer sig således frågan hur man skall kunna utforma nya bestämmelser, som inte blir obsoleta redan efter några år, utan att bestämmelserna i sig låser huvudmännens förändringsarbete eller förorsakar en mer omfattande journalföring än vad som egentligen behövs. Utredningen har härvid sett det som sin uppgift att ge patienterna bättre rättsliga garantier än i dag.

5.4.2 Journalföringen som en del av det medicinska ledningsansvaret och som ett personligt yrkesansvar

Som regelsystemet nu är utformat så finns det alltså bestämmelser som riktar sig både mot olika befattningshavare och olika verksamheter. En följd av att journalföringen setts som en funktion i det medicinska ledningsansvaret är att det finns en övergripande skyldighet att föra journal så snart det är fråga om medicinsk verksamhet som organisatoriskt hör till en överläkares ansvarsområde. Detta gäller de offentliga hälso- och sjukvårdshuvudmännens verksamhet på och eventuellt utanför sjukhus och framgår av 10 § allmänna läkarinstruktionen. Distriktsläkare har det medicinska ledningsansvaret inom sitt verksamhetsområde, men den författningstekniska lösningen gör det något osäkert om ledningsansvaret inbegriper journalföringen. Däremot står det klart att det inte finns något motsvarande övergripande ansvar vid de verksamheter som bedrivs i primärkommunal (t.ex. skolhälsovård) eller privat regi (t.ex. företagshälsovård).

Flertalet av hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar ytterst under läkares förmenskap. Detsamma gäller den assisterande tandvårdspersonalen i förhållande till tandläkaren. Det finns dock undantag från denna huvudregel.

En principiell nyhet i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är möjligheterna till dispens från regeln om medicinskt ledningsansvar. Socialstyrelsen har i samråd med Landstingsförbundet utarbetat ett meddelandeblad (nr 41/82) i denna fråga. En medgiven dispens innebär att det lagstadgade ledningsansvaret upphör att gälla för den verksamhet det är fråga om och att arbetsgivaren i stället får utforma och besluta om ledningsfunktionen och vilka befogenheter den skall omfatta. Vissa delar av landstingens hälso- och sjukvård kan således komma att bedrivas enligt samma principer som gäller för de primärkommunala och privata vårdgivarna. I förarbetena till HSL uttalas följande om behovet av dispenser:

"Det kan t.ex. vara befogat att undanta vissa verksamheter från reglerna om medicinskt ledningsansvar, när de social-

medicinska aspekterna på vården och behandlingen är av avgörande betydelse. Det kan vidare vara rimligt att överväga att ge dispens från bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret, när det faktiska ansvaret för vården ligger på någon annan än läkare. Så är t.ex. ofta fallet vid ett sjukhem där en sjuksköterska har det löpande vårdansvaret och läkaren endast tjänstgör ett fåtal timmar i veckan. Läkare skulle om dispens ges snarast få ställning som konsult. Samma synsätt kan också tillämpas på avdelningar för sjukgymnastisk behandling.

Vissa verksamheter inom hälso- och sjukvården kan vidare vara av den karaktären att de snarare hör hemma inom det tekniska än det medicinska kompetensområdet. Detta kan exempelvis gälla medicinskt-tekniska avdelningar, avdelningar för sjukhusfysik och liknande enheter.

Även när det gäller verksamhet av denna tekniska natur bör huvudmannen i enskilda fall kunna få dispens från lagens bestämmelser så att verksamheten i fråga undantas från det medicinska ledningsansvaret".

Journalutredningen föreslår nedan en generell reglering för framtiden, som knyter an till såväl det medicinska ledningsansvaret som till yrkesansvaret för vissa grupper. Bakgrunden är vad som nyss sagts om journalföringens roll för säkerheten i vården och som en rättssäkerhetsgaranti. Dessa intressen gör sig gällande i större eller mindre utsträckning vid alla former av patientvård, antingen det är fråga om sluten eller öppen vård och oberoende av om verksamheten bedrivs av landstingen eller av någon annan vårdgivare. Man kan således inte enbart förlita sig till det medicinska ledningsansvaret.

5.4.3 Ansvaret för journalföringen

Mot bakgrund av den omfattning som dokumenterandet av patientuppgifter numera har och de förändringar som nya tekniker kan komma att medföra torde det även framgent behövas en övergripande regel om ansvaret för journalföringen. Det medicinska ledningsansvaret innebär ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina åligganden i vården, däribland alltså även journalföringen. En närmare analys av det medicinska ledningsansvaret har helt nyligen gjorts av en särskild utredningsman (Ds S 1984:12).

När det gäller de befattningshavare som, enligt vad som nedan föreslås, får ett personligt journalföringsansvar blir kraven på den ledningsansvarige ganska begränsade. I praktiken kommer de att inskränkas till uppföljning och en övergripande kontroll av att journaler verkligen förs. Det faller sedan på medarbetarnas yrkesansvar att utföra detta korrekt. Någon detaljgranskning kan därför knappast bli aktuell.

Däremot ställs större krav på ledningen i de situationer journalföring krävs därför att det är fråga om patientvård, men där arbetet utförs av andra yrkesutövare än de som regleras av journallagen. Det ankommer då på den som har det medicinska ledningsansvaret att internt bestämma hur journalföringen skall utföras. Till vägledning härför vill journalutredningen anföra, att avsaknaden av statliga föreskrifter i och för sig inte kan tolkas så att all annan journalföring skulle vara onödig. Utredningen har emellertid strävat efter att direkt lägga fast kraven på journalföring som ett personligt åliggande när det funnits ett starkt behov härav, vilket ändå visat sig gälla ganska många yrkesgrupper. Behovet av ytterligare dokumentation kan variera och den ledningsansvarige får bedöma denna fråga med utgångspunkt från uppgifternas medicinska betydelse för en god och säker vård.

En annan konsekvens av det medicinska ledningsansvaret är att överläkaren/distriktsläkaren, inom de ramar som följer av huvudmannens administrativa driftsansvar, bör ta de initiativ som behövs för att uppnå gemensamma mål för journalföringen på kliniken (motsv.), t.ex. val av journaltyp, uppföljning av sekretessrutiner m.m.

I socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:100) påpekas, att delegeringsförfarandet ger möjligheter att bättre tillvarata personalens kunskaper och färdigheter och därmed höjer effektiviteten i verksamheten. Därför förordas, att möjligheten att delegera arbetsuppgifter fortlöpande prövas inom varje enhet. Delegering får dock inte ske när en arbetsuppgift enligt bestämmelser i en författning är förbehållen någon viss yrkeskategori eller när det

i författningen direkt eller indirekt uttalas förbud häremot. Delegeringsbeslut är alltid personliga.

Journalutredningen anser det inte motiverat att förhindra delegering av journalföringen. Det förhållandet att dokumentationskraven nu regleras lagstiftningsvägen lägger dock ett särskilt ansvar på berörda grupper, som följaktligen inte kan delegeras bort i sin helhet. Det kan därför göras en distinktion mellan ansvaret för journalföring, som alltså kommer att regleras i journallagen och dokumenterandet av enskilda vårduppgifter, som formellt sett kommer att ske på delegation om det görs av någon annan.

5.4.4 Yrkesutövare som personligen åläggs att föra journal

Journalföring bör läggas fast som ett uttryckligt åliggande och på så sätt inbegripas i berörda befattningshavares medicinska yrkesansvar. Eftersom varje befattningshavare personligen svarar för de egna åtgärderna i yrkesutövningen kan ansvar utkrävas vid underlåten eller bristfällig journalföring. Det vore att gå för långt att tänka sig straffrättslig påföljd utom i de fall som anges i brottsbalken. Journalutredningen föreslår, att prövningen av dessa frågor liksom hittills görs i disciplinär ordning av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Möjligheter till disciplinär bestraffning (erinran och varning) finns jämlikt 12 § tillsynslagen.

Utredningsarbetet förutsätts bl.a. klarlägga när journalföring är särskilt påkallad. Det krävs med andra ord ett urval av yrkesgrupper som skall åläggas ett personligt ansvar att dokumentera patientvården. En sådan diskussion företer avgörande likheter med det arbete som gjordes av 1981 års behörighetskommitté och som helt nyligen lett fram till lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Även om journalföring till sin karaktär är en praktisk uppgift, som hör hemma i det dagliga arbetet, medan kompetensreglernas huvudfunktioner kan sägas ligga mer på det teoretiska planet, finns ett tydligt samband när man ser frågorna med lagstiftarens ögon.

Journalutredningen har funnit, att motiven för behörighetsregleringen och journalföringen i grunden är desamma. I båda fallen åsyftas garantier för kvaliteten och säkerheten i vården. En jämförelse mellan de båda regelsystemen visar på en god samstämmighet inte bara på det principiella planet utan även när det gäller detaljerna. Journalutredningen har därför valt som en huvudprincip att sammankoppla kraven att föra journal med legitimationsreglerna. Enligt behörighetslagen skall legitimation finnas för:

barnmorskor
glasögonoptiker
logopeder (ny)
läkare
psykologer
psykoterapeuter (ny)
sjukgymnaster
sjuksköterskor
tandläkare.

Journalutredningen föreslår således, att befattningshavare som vunnit legitimation åläggs att föra journal. Härutöver har krav på journalföring bedömts som särskilt angelägna i ytterligare några få fall. Journalutredningen föreslår att även arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker blir skyldiga att föra journal. Det har också krävts några andra anpassningar av närmast formell karaktär.

Arbetsterapeuter är vanligen remissinstans med eget behandlingsansvar. De har sedan många år fört journal. Arbetsterapeutens insatser är viktiga för att minska vårdtyngden och är ofta en förutsättning för att patienten skall kunna återgå till hemmet efter en sjukdom. Deras utredningar och s.k. ADL-utlåtanden ligger till grund för utskrivningsbesluten. Arbetsterapeuten bedömer också behovet av bostads- och arbetsplatsanpassning och har ordinationsrätt för ett stort antal hjälpmedel, dvs. arbetsuppgifter som har stor betydelse för patientens återanpassning, men som

också kan medföra stora kostnader för huvudmannen. Funktionella status tillmäts allt större betydelse. Av dessa skäl, men också därför att rehabiliteringen kan inrymma vissa risker bedöms dokumentationskrav som nödvändiga.

Kuratorer har sedan många år journalfört den kurativa verksamheten. Inom psykiatrin är kuratorerna engagerade i det terapeutiska behandlingsarbetet och har i praktiken likartade uppgifter som psykologerna. Även i kroppssjukvården har kuratorerna en nyckelroll genom att de svarar för att sociala och psykosociala aspekter blir beaktade och därmed kan integreras i den medicinska vården. Rådgivning i samband med abort och sterilisering är ett grannliga arbete, som också kan ha betydelse i rättsliga sammanhang. Enligt särskild lagstiftning skall vissa abort- och steriliseringsbeslut föregås av utredning och utlåtande av kurator. De sociala aspekterna har allmänt fått ökad betydelse i vården och rättssäkerhetsintressen kan göra sig gällande. Journalföring synes därför nödvändig.

Sjukhusfysikerna för i dag journalanteckningar om stråldoser, bestrålningens riktning m.fl. uppgifter av största betydelse för patientens säkerhet i en tvivellöst mycket riskfylld behandlingssituation. Ur rättssäkerhetssynpunkt är det angeläget att strålskyddet för patienten och uppkomna skador kan utredas ordentligt på grundval av väldokumenterade uppgifter. En ytterligare omständighet som talar för att journalföring bör förenas med ett yrkesansvar för sjukhusfysiker är möjligheten till dispenser från HSL:s bestämmelser om medicinskt ledningsansvar på avdelningar för sjukhusfysik.

För grupperna läkare och tandläkare avses även de yrkesutövare, 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 skall med andra ord också omfattas av en skyldighet att föra journal.

Enligt tidigare utfärdade föreskrifter av socialstyrelsen (SOS FS 1982:78) är alla psykologer, som är verksamma på sjukhus eller

andra inrättningar för vård av patienter/klienter som drivs av det allmänna eller av enskilda med bidrag från det allmänna, journalföringskyldiga - således även de som anställts utan att vara legitimerade. Psykologerna har en varierande utbildningsbakgrund och det saknas bindande behörighetsregler för psykologtjänster. Detsamma gäller för logopedier och psykoterapeuter, som helt nyligen kommit att omfattas av legitimationsbestämmelser. Dessa tre grupper föreslås alltså bli skyldiga att föra journal även om de inte fått legitimation.

Tandsköterskor och tandhygienister är f.n. också skyldiga att föra journal enligt föreskrifter, som meddelats av socialstyrelsen. De ingår inte i legitimationsgruppen enligt den nya behörighetslagen utan denna fråga skall utredas särskilt. Båda yrkesgrupperna är för närvarande huvudsakligen verksamma som biträden åt en tandläkare, men särskilt tandhygienisterna synes ha kvalificerade arbetsuppgifter. Journalutredningen anser det olämpligt att förekomma den särskilda utredningen och föreslår därför att journal- och behörighetsfrågorna för tandsköterskor och tandhygienister löses i ett enda sammanhang. Socialstyrelsens nuvarande författning bör kunna gälla övergångsvis.

5.4.5 Innebörden av journalföringskyldigheten

Journalutredningen har tidigare i kapitel 2 redogjort för valet av begreppsapparat. Skyldighet att föra journal innebär, enligt utredningens sätt att se saken, ett krav att dokumentera olika åtgärder och bakgrund till åtgärder som är betydelsefulla för vården av den enskilde patienten, t.ex. utrednings- och undersökningsresultat, utfärdade ordinationer och vidtagen behandling, liksom de överväganden som ligger till grund för dessa. Hit kan också räknas givna råd, likaledes av väsentlig och inte endast allmän karaktär. Journalutredningen återkommer i kapitel 6 till frågan om ytterligare regler om vad journaler mer konkret förutsätts innehålla. Dokumentationens form liksom tekniken vid journalföringen kan variera. Journalutredningen återkommer också till denna fråga (kapitel 7).

Kravet på journalföring avses gälla generellt, dvs. i alla situationer eller verksamheter som innehåller individuellt inriktade vårdmoment. Något utrymme för anonymitet ges alltså inte. Journalutredningen har i denna fråga bedömt, att målet med en säker vård och möjligheterna till uppföljning och kontroll förutsätter att åtminstone vissa fundamentala uppgifter dokumenteras och på så sätt också säkras som bevismaterial.

Önskemål om att identiteten skall hållas fullständigt hemlig och att journal inte alls skall skrivas är mycket ovanliga. Frågan har, såvitt journalutredningen känner till, egentligen bara aktualiserats vid vården av alkoholmissbrukare, i den psykiatriska vården i allmänhet eller i samband med vissa särskilt känsliga behandlingsformer (t.ex. insemination) i kroppssjukvården. Utredningen anser dock, att man inte bör göra något undantag från journalföringskravet i dessa fall. Detta ställer å andra sidan särskilda krav på hanteringen av journalerna ur sekretessynpunkt. Journalutredningen har i det föregående kapitlet föreslagit lagstiftning beträffande journalförningen.

I journalföringsskyldigheten ligger vidare ett krav att kontinuerligt dokumentera vården så att det är möjligt för andra att följa utvecklingen. Även beslut som innebär att eljest motiverade vårdåtgärder underlåtit skall journalföras om de kan vara betydelsefulla för det fortsatta omhändertagandet av patienten. Till god journalföring får således också anses höra, att någorlunda regelbundet föra in uppgifter av innebörden att inte något särskilt vidtagits med en patient vars tillstånd inte undergått några större förändringar på en längre tid. Problem med månads- eller årslånga luckor i journaler på t.ex. långvårdskliniker har påtalats av JO och socialstyrelsen.

Journalutredningen anser, att det saknas tillräckliga skäl att, som bl.a. gjorts i Finland, formellt lägga fast hur ofta en journalanteckning skall göras. Frekvensen får avgöras från fall till fall med utgångspunkt från vad som bedöms väsentligt för en fortsatt god och säker vård av patienten.

Vid alla vanliga former av vård vet man direkt vilka som är patienter och därmed för vilka journal skall föras. I barn- och ungdomspsykiatri liksom i vuxenpsykiatri kan man någon gång ställas inför problemet att det i ett och samma fall finns flera patienter, t.ex. vid relationsstörningar i en familj. Det kan också inträffa att den sjuke i själva verket är en helt annan person än den som först kontaktar hälso- och sjukvården. Oklarhet kan då uppkomma om vem som skall journalföras. Praxis är för närvarande ganska heterogen. Ibland lägger man upp en journal på varje individ, men det tycks vara lika vanligt att man i stället skriver en gemensam journal. Journalutredningen får i dessa frågor uttala följande.

Kravet på journalföring inträder först när det är fråga om patientvård, vilket i allmänhet förutsätter att det finns en person som frivilligt sökt hjälp eller på något aktivt sätt accepterat att vara patient. Inom psykiatri talar man om "den identifierade patienten", varmed avses den individ som av omgivningen uppfattas som den sjuke. I de flesta fall bör också denne vara objekt för journalföring. Under behandlingens gång kan det visa sig, att problemet växer och t.ex. även berör övriga medlemmar av familjen eller t.o.m. att "det sjuka" i själva verket sitter hos dessa. Man får då skriva en ny journal för var och en av dessa personer och eventuellt avsluta den första journalen.

Journalutredningen vill alltså starkt betona, att frivillig vård förutsätter att individen är medveten om att han är patient och att journaler skall vara individuella. Detta är både en integritets- och förtroendefråga av stor betydelse. Uttalandet får emellertid inte uppfattas bokstavigt. Vården av t.ex. medvetlösa och icke-identifierbara personer skall givetvis journalföras i vanlig ordning.

Allmänt sett är det olämpligt att anteckna uppgifter om tredje person i patientens 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 patienten försämras. En god vård

kan också förutsätta att patienten ses i sitt sociala sammanhang, vilket gör det nästan ofrånkomligt att även beröra de människor som omger honom. Journalutredningen vill dock mana till återhållsamhet när det gäller hänvisningar till andra personer än patienten. Utredningen återkommer i kapitel 8 till kraven på själva journalförandet, t.ex. frågan om nedsättande omdömen och personliga värderingar.

En annan praktisk fråga, som inte sällan diskuteras, gäller den mycket vanliga telefonrådgivningen. Sjukhusens akutmottagningar, jourcentraler och distriktsläkarmottagningar får dagligen ta emot ett mycket stort antal telefonsamtal från människor, som är oroad över något hälsoproblem. Det kan gälla allt från banala åkommor till livshotande tillstånd och de råd som då ges kan vara av avgörande betydelse. Praxis beträffande dokumenterandet av telefonrådgivningen varierar. Om det sedan tidigare finns en journal över patienten brukar uppgifter föras in i denna i efterhand. I övriga fall brukar man anteckna korta kommentarer på enklaste sätt, t.ex. i en telefonbok. Ibland noteras ingenting alls. På större enheter kan man ha en bandspelare, som är påkopplad under hela samtalet.

Telefonrådgivningen tillgodoser viktiga informationsbehov hos allmänheten. Ett telefonsamtal kan t.ex skapa klarhet om patientens problem och på så sätt komplettera eller helt ersätta ett läkarbesök. Telefonen är också till stor hjälp vid uppföljningen av en redan etablerad vårdkontakt och i hemsjukvården. Mängden samtal gör det svårt att dokumentera allt om alla. Särskilt primärvårdens personal får ofta svara på helt oselekterade frågor.

Journalutredningen har inledningsvis påpekat, att kravet på journalföring endast omfattar uppgifter som är av betydelse för en god och säker vård. En bedömning av informationens värde i det enskilda fallet måste således alltid göras. Triviala och självklara uppgifter, liksom råd av mer allmän karaktär kan uteslutas - antingen uppgifterna hänför sig till ett personligt möte med patienten eller ett telefonsamtal. Utredningens val av journaldefinition är teknikneutral och medför, att t.ex. även bandupp-

tagningar på landstingens sjukvårdsupplysningscentraler fyller kravet på journalföring.

5.5 Några konsekvenser av förslaget

En genomgång yrkesgrupp för yrkesgrupp synes visa, att förslaget egentligen endast ansluter sig till gällande praxis. För barnmorskor, glasögonoptiker, läkare, psykologer och tandläkare finns redan nu spridda föreskrifter och ett generellt journalföringskrav blir därför närmast en rent lagteknisk fråga.

Av sjuksköterskorna är i dag endast distriktssköterskor uttryckligen skyldiga att föra journal "över sin verksamhet" respektive "vid förlossning i hemmet". Liksom för läkarna finns även för sjuksköterskor skyldighet att föra journal i vissa verksamheter eller situationer utan att ordet sjuksköterska uttryckligen nämns i föreskriften. Exempel på detta är att läkemedel, som delas ut på vårdavdelningar "skall registreras på ett för varje patient upplagt rapportblad". Föreskrifter av samma innebörd finns för sjuksköterskor vid enskilda vårdhem och ålderdomshem. I skolhälsovården skall journal föras för varje elev och det ankommer på skolsköterskan att förvara denna. Utan att vara rättsligt ålagda härtill för sjuksköterskor i praktiken journalanteckningar i en mängd andra situationer. Allmänt har sjuksköterskans arbetsfält vidgats och uppgifterna blivit mer kvalificerade och differentierade under senare år.

Sjuksköterskans ansvar för läkemedelshanteringen och patientens omvårdnad samt den inte obetydliga andelen självständig öppenvårdsverksamhet motiverar en generell journalföringsskyldighet, men det har visat sig svårt att överblicka alla konsekvenser härav. Journalutredningen har dock kommit till den slutsatsen, att en rättslig reglering trots allt inte skulle medföra någon avgörande förändring av tillämpad journalföringspraxis.

En följd av de nyligen införda förändringarna av vårdutbildningarna är att flera av de grupper som tidigare benämndes medicinskt-tekniska assistenter nu kommer att få legitimation som

sjuksköterska. Det gäller oftalmolog-, operations-, röntgen- och radioterapiassistenter. De som utbildas enligt den nya ordningen kommer att åläggas journalföring när de får legitimation. Under en ganska lång övergångsperiod kommer det att finnas ett stort antal personer som har olika utbildningsbakgrund, men som i praktiken har samma arbetsuppgifter. Journalutredningens förslag innebär, att journalföring åläggs den ene men inte den andre. Utredningen gör i denna fråga följande bedömning.

Assistenternas arbete är huvudsakligen av teknisk karaktär. Det samma gäller för övrigt laboratorieassistenter, ortoped- och sjukhusingenjörer, vilkas yrkesroller är än mer tekniskt präglade. Utvecklingen inom medicinsk service går mot en ökad datorisering, som successivt ersätter behovet av manuell dokumentation. Journalutredningen har gjort ett urval av yrkesgrupper enligt strama principer, som valts för att inte medföra en större detaljreglering av huvudmännens verksamhet än vad som är absolut nödvändigt. Flera yrkesgrupper med viktiga uppgifter har härvid ställts utanför en reglering. Journalutredningen gör samma bedömning beträffande de nu berörda assistentgrupperna och har därvid särskilt beaktat att den gamla assistentutbildningen inte är helt likvärdig med den nya utbildningsgången.

Den nya behörighetslagen innebär att ytterligare två yrkesgrupper - logopeder och psykoterapeuter - omfattas av legitimation. Bakgrunden är att en rättslig reglering ansetts som särskilt viktig till skydd för patienternas säkerhet. Enligt vad som beskrivits i avsnitt 5.2 är det praxis inom båda yrkesgrupperna att skriva journal och ett rättsligt krav härom skulle med andra ord inte innebära någon ny arbetsuppgift. Journalutredningen finner det därför inte motiverat med några undantag eller specialbestämmelser beträffande dessa.

Författningstekniskt innebär förslaget förenklingar, eftersom de nu spridda föreskrifterna samlas i en enda lag. Socialstyrelsens föreskrifter för tandsköterskor och tandhygienister (SOS FS 1981:100) bör dock kunna gälla övergångsvis enligt var utredningen nyss sagt.

Åliggandet för den "härför ansvarige" (i praktiken: styrman) att föra journal beträffande all sjukvård som bedrivs ombord enligt kungörelsen om skeppsapotek (SOS FS 1979:25) kan kräva särskilda överväganden inom regeringskansliet. Journalutredningen har inte sett det som sin uppgift att reglera journalföringen för helt andra yrkeskategorier än de som räknas som hälso- och sjukvårdspersonal.

6 JOURNALENS INNEHÅLL

I detta kapitel diskuteras vilka krav som kan ställas på innehållet i journaler. Härmed avses det sakliga innehållet av olika uppgifter om patientvården. Journalens fysiska innehåll av olika dokument har redan något berörts i samband med diskussionen om journalbegreppet (kapitel 2) och utredningen återkommer till frågan om presentationsformen i kapitel 7. Från sakliga utgångspunkter spelar det inte någon roll om ett visst laboratorieprov eller någon särskild konsultmedverkan redovisas separat eller i den löpande journaltexten. Det väsentliga är i vilken utsträckning provet etc. över huvud taget dokumenteras.

Tidigare har påpekats att läkarnas journalföring varit stilbildare när andra yrkesgrupper börjat föra journal över sin del i patientvården. Det kan därför finnas skäl, att i första hand ta läkarnas journaler till utgångspunkt för en mer utförlig beskrivning av vilka patientuppgifter som dokumenteras. Vad som är viktig information är en bedömningsfråga och kraven på uppgifter varierar starkt mellan olika verksamheter.

6.1 De gällande reglerna

Det finns en mängd regler i ett flertal författningar som styr innehållet i journaler. Så gott som alla dessa har meddelats av socialstyrelsen. Ett undantag utgör de av regeringen beslutade kraven på uppgifter som skall journalföras vid slutna psykiatrisk vård. I tillämpningskungörelsen till LSPV (1966:585) finns en lång förteckning över administrativa uppgifter, t.ex. in- och utskrivningsbeslut, vidtagna tvångs- och kvarhållningsåtgärder m.m., som skall dokumenteras utöver de erforderliga medicinska uppgifterna.

De av socialstyrelsen beslutade reglerna kan grovt hänföras till två huvudgrupper:

- 1) grundläggande eller generella krav på innehållet
- 2) speciella krav på innehållet i olika situationer.

De grundläggande kraven på journalinnehållet (1) är bindande för den de riktar sig till och har utformats efter samma mönster i flera olika författningar. Sådana regler har utfärdats för tandläkare (MF 1964:101), optiker (SOS FS 1981:11) och psykologer (SOS FS 1982:78), för läkare vid sin verksamhet i öppen vård (MF 1965:108) och beträffande enskilda vårdhem (MF 1970:46). Följande uppgifter skall i allmänhet ingå i dessa journaler:

- patientens namn och födelsetid, i ett par författningar krävs även adress och telefonnummer
- datum för konsultationer och behandlingar
- uppgifter om utförda undersökningar och deras resultat samt behandlingsåtgärder - läkare skall även redovisa en anamnes och psykologer uppgifter om anledningen till kontakten
- ordination av t.ex. receptbelagda läkemedel och optiska synhjälpmedel
- utfärdade remisser och intyg.

De speciella kraven på journalinnehållet (2) avser ett brett spectrum av uppgifter. Det finns många sådana specialregler och dessa kan antingen vara av bindande eller icke-bindande karaktär. Här redovisas endast några exempel på uppgifter som skall dokumenteras:

- laboratoriesvar beträffande blodprov i samband med graviditetskontroll (SOS FS 1981:52)

- nummer på patientens identitetsband och uppgift om att identitetsbandet avlägsnats (SOS FS 1980:80)
- att höftledsundersökning gjorts på nyfödda (SOS FS 1980:81)
- diatermiapparatens högsta intensitetsvärden och identitet (SOS FS 1977:87)
- undersökt organ, använt instrument och antal punktioner vid biopsier (SOS FS 1979:72)
- den beräknade behandlingsperioden vid användning av kateter (SOS FS 1980:86)
- barnets temperatur, vikt och näringstillförsel samt observationer rörande kräkning, avföring och urin vid nyföddhetsvård (MF 1960:40).

I den tidigare nämnda kungörelsen (MF 1965:108) angående läkares skyldighet att föra journal i öppen vård ges läkaren tillåtelse att göra inskränkningar i journalens innehåll vid förebyggande vård, t.ex. hälsoundersökningar och skyddsympningar. En grupp av författningar innehåller regler som tar tillbaka medgivandet i några specialfall. Vid hälsoundersökning av sjöfolk (SOS FS 1982:21), färgsinnesundersökning (SOS FS 1977:77) och vid sådan vaccinationsverksamhet som inte ingår i generella program (SOS FS 1976:76) skall fullständigare journalanteckningar ändå göras.

Slutligen kan man urskilja en grupp regler, som gäller vid anmälningar i olika sammanhang och som har det gemensamt att uppgift om att viss anmälan gjorts också skall journalföras. Föreskrifter med denna innebörd finns beträffande s.k. Lex Maria-anmälningar (SOS FS 1982:79), anmälningar till polismyndighet enligt 55 a § vapenkungörelsen om hinder för innehav av skjutvapen (SOS FS 1981:1) och anmälningar till cancerregistret (SOS FS 1982:69).

6.2 Journalföringspraxis

Beskrivningen av rättsläget visar bl.a. att det i stort sett helt saknas grundläggande regler för vad journaler skall innehålla inom den största delen av hälso- och sjukvården - den slutna sjukvården utom vård enligt LSPV. Detta förhållande är historiskt betingat och beror sannolikt på att man inom sjukhusens väggar ändå hållit en acceptabel journalföringsstandard utan lagstiftarens styrning. I sjukhusmiljön har odlats en journalföringstradition, som hållits levande genom att äldre läkare lärt upp och övervakat sina yngre kolleger. Baskraven på innehållet i en journal kan alltså sägas ha sitt ursprung i den kliniska vardagen på sjukhusen även om detta inte kommit till uttryck i formell ordning. Föreskrifterna för läkare i öppen vård kan även - i avsaknad av andra bestämmelser - i någon mån ha påverkat sjukhusläkarnas journalföring beträffande intagna patienter.

En optikers journal skiljer sig givetvis avsevärt från en läkares journal, men det finns också stora variationer mellan olika läkarjournaler. Här avspeglas verksamhetens medicinska inriktning. Akutsjukvården producerar mer omfattande och innehållsrika journaler än långtidssjukvården. På en klinik som till stor del förlitar sig till den medicinsk-tekniska utredningen kommer journalerna att innehålla en mängd data om mät- och analysvärden etc. I en psykiatrisk journal ligger i stället tyngdpunkten på den deskriptiva delen. Det kan alltså finnas stora skillnader både vad avser informationsmängden och uppgifternas inriktning och karaktär. I några grundläggande avseenden kan man trots allt notera vissa likheter. För att en generell beskrivning av journalinnehållet över huvud taget skall vara meningsfull är det nödvändigt att begränsa sig till just de uppgifter som är gemensamma och som återkommer i flera typer av journaler.

6.2.1 Anamnes och status

Med anamnes avses en patients sjukhistoria, men här ingår även en del andra uppgifter. Man skulle därför också kunna säga att

anamnesen är en medicinskt inriktad bakgrundsbeskrivning. Omfattningen av denna beskrivning varierar starkt beroende på vad patienten söker för, vem och var han söker. Man kan inte förvänta sig och det är inte heller rimligt att kräva en lika omfattande anamnesupptagning beträffande 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 ett "måste" i distriktssköterskans journal, önskvärd i allmänläkarens journal, "lämplig, men kan undvaras" i en kirurgs journal och kanske direkt överflödigt i en tandläkares journal. En ordentlig yrkesanamnes kan vara av betydelse för bl.a. arbetsmiljöforskningen eller när omständigheterna i övrigt talar för ett samband mellan patientens problem och arbets-situationen.

En viktig uppgift som återfinns i flertalet journaltyper är en beskrivning av orsaken till vårdkontakten. I socialstyrelsens föreskrifter för psykologer om journalföring (SoS FS 1982:78) krävs detta uttryckligen. I anslutning härtill brukar också anges hur kontakten upprättats och vem som eventuellt förmedlat den, t.ex. "intas 1984-00-00 från väntelista för insulininställning", "söker akut p.g.a. oro och relationsproblem", "kommer på remiss från dr X - har svårt att klara sig hemma".

Denna typ av uppgifter avgör valet av behandlingsform. Eftersom de ofta bildar utgångspunkt för en kedja av vårdbeslut om patienten är de i efterhand ovärderliga som förklaring av hela vård-episodens förlopp. I en del fall kan dock orsaken vara självklar vid kontakttillfället, t.ex. en person som uppsöker en vaccinationscentral inför en utlandsresa eller en patient som kallas till en allmän gynekologisk hälsokontroll.

Uppgifter om överkänslighet mot vissa läkemedel och om blodgrupp är väsentliga för säkerheten i vården. De ges därför vanligtvis en framträdande och iögonfallande plats i journalen.

En fyllig anamnes bör enligt principerna för Spri's grundjournaler även innehålla uppgifter under följande sökord:

ärftlighet (hereditärt)

sociala förhållanden, t.ex. sysselsättning, fritidsaktiviteter, kost-, alkohol-, rökvanor

tidigare sjukdomar

nuvarande sjukdomar

aktuellt, dvs. den senaste symtomutvecklingen

medicin, dvs. den pågående medicineringen.

Status innebär en beskrivning av den utförda undersökningen av patienten och undersökningsresultatet. I den slutna vården åsyftas 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. "Positiva" fynd (avvikelser från det normala) brukar alltid redovisas, 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 (pbd). 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.

6.2.2 Dag- eller mottagningsanteckningar

De därpå följande uppgifterna om olika delmoment under sjukdomsförloppet brukar benämnas daganteckningar i slutenvårdsjournaler. Uppgifter som hänför sig till återkommande kontakter i öppen vård kallas sedan gammalt i stället mottagningsanteckningar. Dessa anteckningar utgör ryggraden i journalen. Eftersom antecknings-

formen är fortlöpande kan man också säga att de svarar för kontinuiteten i beskrivningen av patientens vård.

Uppgifterna speglar ofta de viktigaste skeendena under vårdtiden. Urvalet av vad som skall dokumenteras görs efter en bedömning av uppgiftens relevans i varje enskilt fall. En daganteckning kan t.ex. initieras av vad patienten själv berättar om sitt hälsotillstånd och beskriver därefter vilka åtgärder som detta föranleder, t.ex.:

"Förloppet efter operation hittills u.a. Idag klagar patienten över bröstsmärtor. EKG talar för färsk infarkt varför pat. överförs till intensivvårdsavd. för observation."

"Återbesök. Pat. känner sig väldigt uppåt och aktiv. Enligt arbetskamraterna har han betett sig avvikande på arbetet. Bedömer att han utvecklar en mani och vi sätter ut Anafranil. Pat. får komma för inläggning påföljande dag."

Ett inkommet svar på en tidigare skickad remiss, beslut om att remittera patienten, korrespondens eller ett telefonsamtal är andra händelser, som brukar föranleda en daganteckning, t.ex.:

"Provsvaret har anlänt. Bedömer att pat. bör ha kvar inneliggande kateter tills vidare. Skriver recept tabl. Hiprex 1 g nr C, DS 1 tabl. x 2-3."

"Pat. ringer och uppger att han fortfarande har besvär med hö axel. Förlänger sjukskrivning 2 veckor. Intyg till fk om arbetsförmågan skickas."

"Telefonkontakt med fru X, fk, som undrar om det möter något hinder ur medicinsk synpunkt att pat. får fast anställning på skyddade verkstaden. Jag meddelar att det bara är bra om pat. får fast arbete."

Dag- och mottagningsanteckningar innehåller alltså väsentliga uppgifter om olika inslag i sjukdomsförloppet, dvs. en del av patientens egna uttalanden, viss diskussion eller bedömningar, vissa undersökningsresultat och/eller kommentarer om dessa, ordination och utfärdade remisser, intyg m.m. Hur ofta en daganteckning skrivs avgörs efter omständigheterna. Vid kritiska sjukdomstillstånd görs kanske flera anteckningar under samma dygn, medan

det kan gå dagar eller veckor mellan anteckningarna på en långvårdsklinik. Varje besök i öppen vård brukar utmynna i en mot-tagningsanteckning.

6.2.3 Epikris

Med epikris avses en i slutenvård upprättad sammanfattning efter vårdperiodens slut. Man talar därför också om slutanteckning eller utskrivningsanteckning. Epikrisen är en presentationsform för att på ett enkelt och lättillgängligt sätt underlätta läsningen av journalen. Detta innebär att epikrisen skall vara kort och koncis. Den bör endast innehålla de viktigaste undersökningsresultaten och bedömningarna. Själva författandet ställer krav på överblick och analys av all information som samlats om patienten. I epikrisen antecknas därför vanligen vad som beslutats om den fortsatta kontrollen av patienten, sjukskrivning och utfärdade recept till vägledning för den som kan komma att ta över vårdansvaret, t.ex. primärvårdens personal. Epikrisen kan alltså sägas vara ett totalutlåtande över ett slutenvårdstillfälle, som både fungerar som en sammanfattning för internt bruk, och som en stiftpinne mellan olika vårdsektorer.

Epikrisen skrivs numera oftast på en särskild blankett och denna brukar då inordnas före de övriga handlingarna i journalen. Det är också brukligt med en särskild journalöversikt, som i så fall placeras som första blad. Journalöversikten är en förteckning över flera olika kontakttillfällen. För varje kontakt anges besöksdag eller vårdtid (in- och utskrivningsdatum), besöksorsak, diagnos och eventuellt operation med kodnummer enligt socialstyrelsens klassifikationer av sjukdomar och operationer. Journalöversikten utnyttjas ofta som stansunderlag vid dataregistringen i landstingets patientdatabas.

6.3 Journalutredningens överväganden och förslag

Journalutredningen har i kapitel 4 gjort ett försök att teckna huvuddragen i den pågående förändringsprocessen i hälso- och sjukvården för att se konsekvenserna härav för journalhanteringen. Utredningen har bl.a. pekat på att betydligt fler personer för journal idag än tidigare. Risken för att övergripande hälsopolitiska ambitioner kan leda till en alltmer påträngande anamnesupptagning har påtalats. Journalutredningen har av hänsyn till patienternas integritetsintressen starkt understrukit, att behovet av dokumentation om deras personliga förhållanden måste värderas kritiskt från fall till fall. Utgångspunkten bör vara att journalen skall tjäna patientens intresse av en god och säker vård, samtidigt som den tar tillvara kraven på rättssäkerhet och integritet. Även forskningens behov av välgrundade uppgifter från den kliniska verksamheten bör beaktas där så är möjligt.

6.3.1 Begränsning till väsentliga uppgifter

Ett primärt intresse för patienten är att få en god och säker vård. Samma mål har givetvis även vårdgivaren och journalen är härvid ett bland flera 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 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. Det är t.ex. viktigt, vilket för övrigt de gällande föreskrifterna för läkare i öppen vård och för psykologer ger uttryck för, att "utförda undersökningar och deras resultat" journalförs. Problemet är att en undersökning kan innebära allt från en omfattande fysikalisk genomgång av olika organ eller organsystem till en enkel blodtrycksmätning eller rena rutinkontroller. Vid intensivvård eller

på en vanlig vårdavdelning kanske läkaren går runt och "klämmer på magen" eller "kör EKG" med bara några timmars mellanrum hela dygnet om. Det vore orimligt om varje sådan rutinundersökning, som inte visat något anmärkningsvärt, skulle behöva dokumenteras särskilt. Det är knappast heller nödvändigt att återge varje del i en kedja av terapeutiska samtal hos en psykolog eller olika detaljer i en kuratorskontakt. Råd eller ordinationer kan avse allt från ett livsavgörande beslut till elementär inrådan i ett vardagsproblem för patienten och bör endast dokumenteras när de är av väsentlig art.

Patienternas rättssäkerhet motiverar de krav på journalinnehållet som framställs av myndigheter i syfte att skapa garantier för vårdkvaliteten eller beslutsunderlag för olika typer av ersättningar och förmåner. Från sådana utgångspunkter betonas särskilt uppgifternas tillförlitlighet. Bakom kraven på själva dokumentationen finns ofta en mer långtgående strävan att generellt påverka vården i något avseende. Flertalet av de nu gällande föreskrifterna om journalers innehåll har under årens lopp tillkommit för att rätta till missförhållanden, som påtalats av enskilda patienter eller eljest uppmärksammats i samband med tillsyn eller kontroll av vården.

En positiv effekt av att den slutna vårdens journaler kommit att bli stilbildare är att standarden på journalföringen har höjts överlag. Nackdelen är att man kan ha fått en oönskad ambitionshöjning på områden där en enklare journalföring mycket väl skulle kunna accepteras. Vårdinsatsernas omfattning och säkerhetsriskerna för patienten vid sjukhusvård motiverar att särskilda krav ställs på dokumentationen. Dessa krav kan dock rimligen inte direkt appliceras på andra verksamhetsområden med helt andra förutsättningar.

Allmänt sett finns det ofta ett nära samband mellan samhällsutgifternas stegringstakt och nivåförhöjningar av krav och ambitioner. Under journalutredningens tidigare arbete med arkivfrågorna noterades en kraftig expansion i journalarkiven, som bl.a. berodde på en successiv tillväxt av varje enskild journal. Flera

faktorer befanns ha medverkat härtill. En förklaring var att den moderna sjukvården med sina högspecialiserade rutiner i sig alstrar en mer omfattande dokumentation, men det stod klart att även ambitionerna när det gäller själva journaltexten efter hand trissats upp.

Tekniken med olika sökord i journalen är praktisk och hjälper läkaren att komma ihåg, vilka upplysningar och undersökningsmoment som bör dokumenteras. Det finns dock en risk för att standardiserade rutinfrågor leder till slentrian och onödigt omfattande undersökningar, särskilt när patientens problem inte är särskilt väldefinierade. Generella rekommendationer beträffande anamnes och status kommer därför också att styra själva undersökningens inriktning och omfattning. Även ängslan för klagomål och anmälningar uppges driva upp kraven på journalinnehållet. I flera sammanhang, bl.a. många debattinlägg i Läkartidningen, har framförts kritiska synpunkter, som går ut på att ansvarsnämndens uttalanden i en del anmälningsärenden skapat olämpliga rutiner och medfört slöseri med resurser. För att helgardera sig mot framtida anmärkningar görs nämligen många undersökningar för säkerhets skull trots att de kan vara överflödiga ur strikt medicinsk synvinkel. Även socialstyrelsens olika författningar kan ha bidragit till att själva dokumenterandet av vården nu är mer omfattande än tidigare.

Journalutredningen har erfarit att det finns utbredda önskemål om att ytterligare utvidga dokumenterandet. Företrädare för de olika yrkesgrupperna har bl.a. påpekat att forskning numera inte bara är en uppgift för läkarna. Som ett led i införandet av ett vetenskapligt synsätt i vårdyrkesutbildningarna har det bl.a. ansetts nödvändigt med bättre dokumentation om den egna yrkesverksamheten. Den sekundäranvändning av journaler för utvärdering, som hittills i stort sett endast förekommit i den medicinska forskningen, kan alltså väntas påverka även den yrkesspecifika journalföringen.

Skyldighet att föra journal kommer, enligt vad journalutredningen tidigare uttalat (5.5.1), att innebära krav att dokumentera upp-

gifter som är betydelsefulla för en god och säker vård. Hänsyn till patientintegriteten kan, som sagts inledningsvis, förutsätta en återhållsamhet när det gäller uppgifter om privatlivet. Kraven på effektivisering och rationalisering av verksamheten gäller också journalföringen, vilket medför att dokumenterandet även av dessa skäl måste begränsas till väsentligheter. Vid rättstillämpningen av journallagen i framtiden måste även dessa aspekter beaktas.

6.3.2 Den rättsliga regleringen av journalers innehåll

Även om man kan konstatera en i vissa avseenden onödigt omfattande journalföring tycks motsatsen skapa fler "synliga" problem. Det finns nämligen många ansvarsfall där läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal blivit disciplinärt fällda för bristande journalföring. Det kan antingen gälla att journalen inte förts kontinuerligt eller att uppgifterna varit alltför knapphändiga. Ett torftigt journalinnehåll har i åtskilliga fall omöjliggjort en rättvis och allsidig bedömning av den vård och behandling som patienten erhållit. Inte oväntat tycks sådana brister vara särskilt vanliga i akutmottagningarnas journaler, i samband med jour eller eljest när arbetssituationen är pressad.

Brister i journalföringen kan alltså utgöra ett rättssäkerhetsproblem för patienterna. Vissa behandlingsformer inrymmer särskilda säkerhetsrisker för patienterna och det är viktigt att väsentliga data dokumenteras för att vården skall kunna genomföras fri från faror. På vissa områden kan det därför vara motiverat med garantier till skydd för patienterna i form av bindande föreskrifter om vad som skall journalföras. Journalutredningen har haft som mål att så långt som möjligt förenhetliga och sammanföra de viktigaste journalbestämmelserna enligt olika författningar till den gemensamma journallagen. På just detta område har det emellertid visat sig särskilt olämpligt med en generell reglering, eftersom förutsättningarna är så olika. De föreskrifter som ändå krävs bör därför utformas för de olika yrkesutövarna och helst även anpassas till de skilda verksamheter

eller situationer där dessa är verksamma. Sådana specialdestinerade bestämmelser kan bli mycket detaljerade och passar följaktligen mindre väl för lagstiftning.

Journalutredningen föreslår att journallagen endast anger målet för journalföringen, nämligen att möjliggöra en god och säker vård. Regler till konkretisering av lagen bör utfärdas av förvaltningsmyndigheterna och ett uttryckligt bemyndigande härom tas in i journallagen. Regler om journalers innehåll bör i första hand ges formen av allmänna råd, men bör när patientsäkerheten så kräver också kunna utfärdas som bindande föreskrifter. Behovet av vägledning blir givetvis större nu när ytterligare några grupper åläggs att föra journal.

I kapitel 2 har omnämnts att man i sjukvårdsverksamheten hittills inte haft några särskilda diariér och att journalerna därför kommit att innehålla även andra handlingar än sådana som direkt behövs i samband med vården. Av redogörelsen för de gällande reglerna om journalers innehåll framgår, att socialstyrelsen i tre skilda författningar meddelat föreskrifter av innebörden att vissa anmälningar till myndighet skall införas i journalen. Den typen av uppgifter har närmast karaktären av administrativa observanda. Journalutredningen har, liksom andra statliga kommittéer, haft i uppdrag att minska detaljregleringen av landstingens verksamhet. De berörda anteckningarna kan visserligen vara befogade av flera skäl, men kan inte motiveras av hänsyn till säkerheten i vården som, enligt vad utredningen nyss sagt, bör tas som utgångspunkt för en statlig reglering i tvingande ordning. Författningarna bör således i dessa stycken i stället utformas som allmänna råd. Huvudmannen bör för övrigt också bestämma utan statlig inblandning vad som skall dokumenteras för patientadministrationen, liksom för de egna behoven av statistik och planering.

En konsekvens av journalutredningens principiella inställning till formerna för en rättslig reglering är, att även uppgifter som behövs för t.ex. forskning inte kommer att bestämmas i journallagen. Journaler kan, som redan framhållits flera gånger,

också ha ett forskningsvärde. Forskarnas önskemål bör dock kanaliseras på andra vägar än genom lagstiftning, om de inte råkar sammanfalla med vad som är kliniskt motiverat i det enskilda fallet. Epidemiologiskt och arbetsmiljöinriktade forskare har t.ex. i flera sammanhang framfört krav om att uppgifter om yrke alltid skall journalföras. Mot bakgrund av de arbetsrelaterade sjukdomarnas ökade betydelse kan det många gånger vara medicinskt befogat med en ordentlig arbetsanamnes. Ett generellt anteckningskrav härom vore dock omotiverat av skäl som tidigare anförts.

7 JOURNALENS UTFORMNING

Tidigare har konstaterats att den medicinska utvecklingen och vårdorganisatoriska förändringar medfört att dokumentfloran successivt fyllts på. Det är väl känt att journaler ser ut på olika sätt i olika verksamheter, att journalblanketterna i ett landsting kan ha en annan utformning än i ett annat landsting, osv. På det hela taget synes det dock mer vara fråga om skillnader i detaljer, medan grundprinciperna trots allt går igen i flertalet typer av journaler.

7.1 De gällande reglerna

Frågor om hur journaler skall vara utformade har inte ansetts vara av den digniteten, att de reglerats i lag eller förordning. Socialstyrelsen har dock utfärdat en del regler om detta.

Generellt inom hälso- och sjukvården gäller (SOS FS 1982:8) att intolerans och allvarlig överkänslighet mot läkemedel skall markeras i journalen med ordet "VARNING" antingen för hand med rödpenna, med röd etikett, röd stämpel eller på annat iögonfallande sätt. Bestämmelsen, som tillkommit av säkerhetsskäl, har följts upp och anpassats till Spri:s grundjournal (Spri rapport 91).

Man kan vidare urskilja en grupp specialregler som styr journalutformningen i detalj, nämligen sådana som anger att ett visst bestämt formulär skall eller bör användas. Utöver fastställda blanketter för intyg eller protokoll i olika sammanhang har även centralt utarbetats journalblanketter för mödrahälsovård, förlösningsvård och barnhälsovård (SOS FS 1981:52), preventivmedelsrådgivning (SOS FS 1980:21), enskilda vårdhem (MF 1970:46), folktandvård (SOS FS 1977:94), för distriktssköterska (MF 1964:68) samt för skolläkare och skolsköterska (SÖ FS 1978:248).

Socialstyrelsens och skolöverstyrelsens syfte med blanketterna har av allt att döma varit att försäkra sig om en viss minimistandard på journalföringen och att uppnå enhetlighet över hela landet. Detta mål har såvitt känt också uppfyllts.

7.2 Några utvecklingsdrag

Den årliga kostnaden för dagens manuella journalsystem har i samband med DASIS-projektet beräknats för Stockholms läns landsting till 600 milj. kr. Summan utgör nästan en tiondel av hälso- och sjukvårdsnämndens totala driftskostnader. Till journalhantering har i kostnadsexemplet räknats kostnader för personal, material, lokaler och utrustning i samband med insamling, bearbetning och lagring av den dokumenterade informationen om en patient. Härmed avses olika personalkategoriernas aktiviteter, t.ex. för journalförfattande och journalläsning, journalutskrift och inskrivning av laboratoriesvar, men också sådana kringfunktioner som närarkivering med utplockning och insortering av journaler, fotokopiering av journaler, sökning av saknade journaler, telefonförfrågningar angående remissvar m.m.

Den centrala enheten i systemet - journalen - har fått utstå alltmer kritik. Docent Paul Hall hävdade redan 1974 (Läkartidningen nr 15, 1974) med hänvisning till flera kollegers erfarenheter, att journalstandarden egentligen försämrats under de senaste 50 åren. Denna uppfattning delas av bl.a. prof. Lars Erik Böttiger, som senare framfört (Utveckling av patientjournalen, Spri Konsult, 1980) att journalutformningen och journalanvändningen karaktäriserats av passivitet: "man har lagt blad till blad och följden har blivit fler och fler ord, fler och fler papper - men den kritiske iakttagaren frågar sig om det finns mer information". Denna kritik kan ställas mot ett annat uttalande: (Att skriva patientjournaler, Studentlitteratur 1981 - Hynninen, Wadman och Åberg) "läkare brukar säga att i 80-90 % av alla sjukdomar kan en diagnos sättas på grundval av de uppgifter som finns i den initiala patientjournalen, förutsatt att denna är välgjord".

Otaliga försök har därför gjorts för att på olika sätt och med olika metoder förbättra förutsättningarna för en effektiv journalanvändning. Sprui har t.ex. under 1970-talet drivit ett intensivt utvecklingsarbete på området för medicinsk dokumentation. Flera modeller har prövats att förenhetliga journalers utformning, uppbyggnad och innehåll i syfte att uppnå vinster i över-skådlighet. Även om det inte saknas arga kritiker av Sprui:s arbete, finns det också många som menar att journalen gradvis fått en bättre kontorsrationaliserad utformning. Förändringarna har dock inte så mycket berört det medicinska innehållet, som i stort sett presenteras på samma sätt som tidigare. De olika insatserna har såvitt känt inte utvärderats.

Under journalutredningens tidigare arbete med arkivfrågorna konstaterades en accelererande arkivtillväxt per vårdtillfälle. Den medicinska utvecklingen föder nya dokumenttyper och specialblanketter. På den senaste tiden har också framkommit starka önskemål från "nya" journalskrivande yrkeskategorier om att deras verksamhet också skall dokumenteras i den av tradition läkardominerade journalen. När fler personer behöver ha tillgång till journalen kan man komma att ställas inför rent praktiska svårigheter i det dagliga arbetet. Samtidigt får man räkna med att dokumentation fortsätter att växa i omfång, vilket gör det ännu svårare att överblicka innehållet.

Försök att föra journal med hjälp av ADB-teknik startade redan tidigt på 1960-talet på Karolinska sjukhuset (J 5-systemet), Sahlgrenska sjukhuset (kirurgen II) och i företagshälsovården (Bygghälsan). ADB-tekniken var vid den tiden både komplicerad och dyrbar. För att komma runt dessa problem tvingades man till en långtgående strukturering eller standardisering journalinformationen. I stället för att lagra fri text lagrades endast koder som då motsvarade ett uttryck eller ett påstående. Denna teknik medförde att informationsinnehållet kunde bearbetas samtidigt som lagringskostnaderna reducerades avsevärt. Tekniken med i förväg standardiserade journalformulär som registreringsunderlag hade dock avgörande praktiska begränsningar. För att kunna tillgodose alla specialiteter och intresseriktningar blev det nödvändigt att

utforma en överskådlig mängd journalblanketter. Metoden kom därför endast till användning i några få väldefinierade verksamheter.

Med utnyttjande av ny, nu tillgänglig teknik, anser flera bedömare det vara praktiskt enkelt och ekonomiskt realistiskt att i högre grad tillämpa ADB för journalföring. DASIS-projektet, som våren 1984 befinner sig i inledningsfasen av genomförandet av praktiska försök, följs därför med stort intresse av många. De teoretiska modellerna för journalhantering och remiss-/svarshandling avses att prövas av Stockholms läns landsting i ett försök som läggs upp gemensamt mellan Hallunda vårdcentral och ett par kliniker på Huddinge sjukhus. Arkiv- och läkemedelshandlingsrutiner skall utvecklas inom Östergötlands läns landsting, medan Malmöhus läns landsting avser att göra försök med en vårdenhets lokala informationshantering och verksamhetsuppföljning.

7.2.1 Olika typer av konventionella journaler

Om man ser till metoden för journalföring tillämpas idag två huvudtyper av journaler - den källorienterade och den problemorienterade journalen. Man talar också om grundjournal, enhetsjournal osv., men dessa utgör egentligen bara olika tekniker för redigering eller förvaring och kan således tillämpas oberoende av journalföringsmetod.

Majoriteten av dagens medicinska journaler är källorienterade. Det är denna metod för journalföring som av tradition varit förhärskande och som i stort sett alla läkare hittills fått lära sig i sin grundutbildning. Journalen följer logiskt läkarens utredning och behandling och kan indelas i följande huvuddelar: anamnes, status, (preliminär)diagnos och epikris. Vanligen sorteras dokumenten efter källan i omvänd kronologisk ordning, dvs. alla röntgenutlåtanden för sig, alla bakteriologiska respektive kemiska analyssvar för sig osv., med det senaste svaret överst i bunten. Den behandlande läkarens observationer redovisas i löpande text, på en blankett som vanligen benämns "journalblad". Ibland används ett särskilt blad för epikriser.

"Den källorienterade patientjournalen är onekligen ett utmärkt redskap om patienten vårdats enbart i slutenvård vid ett tillfälle. Den fungerar allt sämre ju fler gånger patienten vårdats i slutenvård och/eller öppen vård och ju fler kliniska specialiteter patienten vårdats vid. Journalen blir alltmer svår- eller oöverskådlig och framför allt de vitala delarna - anamnes, status och preliminärbedömningar - döljs bland "journalbladen". (Paul Hall, Läkartidningen nr 15, 1974).

Den problemorienterade journalen beskrevs första gången 1969 i amerikansk facklitteratur av Lawrence Weed. Härmed avses enkelt uttryckt en journal där man för varje konsultationstillfälle ger varje problem en egen utredning, analys och presentation. Alla patientens problem specificeras och dokumenteras ungefär på samma sätt som i en preliminärbedömning i den källorienterade journalen, men presenteras på ett mer iögonfallande sätt. Varje problem brukar vanligen också åsättas ett löpnummer, som sedan följer med om problemet skulle aktualiseras på nytt. Introducerandet av den problemorienterade journalen sammanföll med de första försöken att strukturera journalinformationen i syfte att möjliggöra datorisering. Läkare som förespråkar en problemorienterad journalföring brukar dock understryka, att det väsentligaste inte är formen utan grundidén om att presentera patienten i ett sammanhang, något som anses vara svårare att uppnå med ett disciplin- eller organorienterat arbetssätt.

Den problemorienterade journalen synes vara särskilt lämplig när patienten visar en komplex eller långvarig sjukdomsbild. Det är kanske därför naturligt att denna journalföringsmetod kommit att tillämpas mest i primärvården där ju helhetssyn på patienten är ett uttalat mål. Erfarenheterna av journalen tycks vara goda (Christer Gunnarsson, Läkartidningen nr 15, 1974). Bl.a. framhålls att den ger en bättre överblick av journalinformationen samtidigt som den underlättar för andra personalgrupper än läkare att snabbt sätta sig in i vården av en patient. En nackdel uppges vara att läkarna ibland tvingas till onödiga diagnoser. Det finns också en risk för att problem binds till en specifik diagnos när de i stället borde registreras som symtom.

Med grundjournal avses vanligen Spris grundjournal. Detta är en modelljournal som innehåller standardiserade blanketter, dikterings- och skrivregler, informationsstrukturering med ett antal fastställda sökord. Grundjournalen innebär kort

- sökord i kanten (i stället för rubriker inne i texten)
- enhetligt utformade blanketter
- enhetlig dokumentordning.

Journalen introducerades år 1976 för sjukhusbunden sluten och öppen vård. Spris har härefter vidareutvecklat och specialanpassat den för andra verksamhetsområden: barnkliniker (1979), primärvård (1980) och kuratorer (1981). Eftersom grundjournalen är en skrivteknisk lösning finns det många lokalt utformade journaler som lånat idéer från denna, men som t.ex. har en egen detaljutformning av blanketter.

För en del verksamheter har utarbetats standardiserade journaler, som går ännu längre i detaljeringsgrad än grundjournalen. Sådana hårt strukturerade eller förprogrammerade journaler har fastställts för mödrahälsovård, förlossning, barnhälsovård och skolhälsovård. Även i t.ex. företagshälsovården utnyttjas standardiserade blanketter i stor utsträckning.

Enhetsjournalen är ett sätt att sammanföra alla uppgifter om en och samma patient (vanligen inom ett sjukhus) till en enda akt. Det är med andra ord fråga om en förvaringsteknik, enligt principen "en patient - en dokumentation". Fördelen är att riskerna för misstag och dubbelbehandling reduceras om man direkt kan utläsa vilken behandling patienten fått på andra kliniker. Enhetsjournalen har inte tillämpats i Sverige i någon större utsträckning, men är däremot allmänt utbredd i t.ex. Finland.

Klinikjournal är motsatsen till enhetsjournal och innebär helt enkelt att varje klinik lägger upp sin egen journal. Detta system är ojämförligt vanligast i Sverige. Om sjukhuset har ett centralarkiv kan olika klinikjournaler samarkiveras och man uppnår då i princip samma resultat som med en enhetsjournal. Klinikjournalen

kan antingen begränsas till uppgifter om inneliggande patienter eller sammanföras med läkarnas mottagningsanteckningar i öppen vård. Båda varianterna är vanligt förekommande.

Klinikjournalen innehåller av tradition läkares och sjuksköterskors vård- och behandlingsanteckningar. På en del kliniker ingår även övriga yrkeskategoriers anteckningar, men det är nog vanligare att dessa särredovisas. Särskild kuratorsjournal, sjukgymnastikjournal o.s.v. innebär i så fall ytterligare en nivå under kliniken. Journalföringen har då brutits ned på olika medicinska servicefunktioner eller yrkeskategorier. Dessa journaler har berörts i kapitel 5.

Det förekommer också blandformer mellan en typisk enhetsjournal och klinikjournal. På Sahlgrenska sjukhuset har man t.ex. delvis en gemensam journal för medicin- och kirurgklinikerna, medan journalerna i övrigt förs klinikvis. På liknande sätt har man på vissa sjukhus tagit in delar av t.ex. sjukgymnasternas anteckningar i klinikjournalen, samtidigt som man förvarar ett utförligare material i separata journaler.

Journaler är ett arbetsmaterial som funnit sin nuvarande form i en sammanvägning av sakliga och praktiska överväganden. Utvecklingsarbetet under de senaste årtiondena har mindre intresserat sig för det medicinska innehållet och mer för hanterings- och förvaringsfrågorna. Enhetsjournalen, klinikjournalen och de separata yrkeskategorijournalerna innebär egentligen bara olika organisatoriska förvaringslösningar för patientdokumentationen. Journalerna kunde därför i princip lika väl ha bundits till vårdavdelning i stället för till klinik. Man kunde också tänka sig att de av sjuksköterskorna förda anteckningarna i rapportbladet redan från början bildat särskilda sjuksköterskejournals.

7.2.2 Datajournaler

ADB-tekniken kan appliceras på vilken som helst av de ovan nämnda konventionella journaltyperna. Även i det analysarbete som ligger

till grund för ADB-diskussionerna har man sett journalen som en del av hela informationshanteringen. Från sådana utgångspunkter anges fyra huvudfunktioner, nämligen: inmatning, lagring, åter-sökning och presentation. Till detta kommer, med lägre prioritet, selektion och bearbetning.

Vid inmatningen av journalinformation används i det manuella systemet i dag tre tekniker: nämligen handskrift respektive maskinskrift direkt av läkaren i journalen eller, vilket numera är vanligast, diktering för utskrift av en läkarsekreterare. Den datorinmatningsteknik som står till buds idag är via en terminal bestående av en textskärm och ett tangentbord. Tidsmässigt kan denna teknik jämföras med skrivmaskinsutskrift, under det att den handskrivna anteckningen i journalen går snabbare.

Lagringen utgör ett stort problem vid nuvarande förvaringstekniker. Journalutredningen har i det tidigare delbetänkandet bl.a. påpekat att kostnaderna för arkiveringen är avsevärda. Lagring av information i datorer sker, om informationen ska vara tillgänglig, på magnetskivor. Kostnaden för sådan lagring är för närvarande omkring 20 kronor per vecka och miljoner tecken. Lagring på magnetband är betydligt billigare men då tillkommer kostnader för förvaring och årlig regeneration av banden. Utskrift av journaltexten på papper eller direktöverföring från datormedium till mikrofiche av information som inte längre är aktuell, förbättrar ytterligare kostnadsbilden något.

En ny teknik för lagring av datalagrad information baseras på Digital Optical Recording (DOR), där information kan lagras antingen som en bild av ett dokument eller som alfanumerisk information. Med hjälp av en laserstråle görs hål respektive inte hål i ett tunt lager som ligger inbäddat i en glasskiva. Den ungefärliga kostnaden för ett system innehållande två lagringseenheter, är år 1984 ca 5 milj. kr. Priset förväntas sjunka under de närmaste åren. DOR-tekniken är så ny att den ännu inte prövats eller

godkänts för långtidsarkivering. En del experter ställer sig avvaktande till tekniken, särskilt när det gäller kostnadsbilden.

På marknaden finns också ett kort i kontokorts- eller patientkortsformat, som kan förses med identitet i form av inpressat personnummer och namn och som kan lagras med samma teknik två miljoner tecken. Själva kortet kostar idag ca 15 kronor. En livslång journal på en patient innehåller ytterst sällan mer än två miljoner tecken. Tekniken ger alltså möjlighet att låta patienten bära sin egen journal. För att säkerställa sig mot total förlust av samtlig information måste dock en dublett av informationen finnas lagrad på annat håll.

En svårighet i dagens sjukvård är återsökning av journalinformation när patienten kommer oplanerat till en inrättning. Ju större denna inrättning är och ju mer centraliserad journalhanteringen är, desto svårare är det att hitta journalen. Vid de större sjukhusen med centrala journalarkiv har man konstaterat, att mellan 15 och 20 % av journalerna inte kan återfinnas inom en tidsrymd som gör att informationen egentligen blir användbar. Omkring 5 % av journalerna återfinns inte inom en månad. Sökning efter journaler för den planerade och oplanerade verksamheten kostar tillsammans stora summor. En utredning av förhållandena vid Huddinge sjukhus, som knappast är unikt i det här avseendet, visar att det krävs ca 30 heltidstjänster för att ständigt söka journaler. Med ett ADB-system bortfaller i princip alla dessa svårigheter och personalen kan utnyttjas för andra arbetsuppgifter. Den stora vinsten med ADB-stöd i journalhanteringen ligger alltså på återsökningssidan.

Med dagens mycket innehållsrika journaler är det ofta svårt att hitta de uppgifter, som man behöver för sitt ställningstagande. Med hjälp av datorteknik kan man söka selektivt i journalen och endast ta fram de uppgifter man för tillfället är intresserad av. Datorn kan vidare samsortera uppgifter och presentera dessa efter olika önskemål.

7.3 Journalutredningens överväganden och förslag

7.3.1 Utvecklingen hittills och ADB-tekniken

Varje journal har i viss mån en individuell prägel, beroende på vem eller vilka som författat den. Det är inte mängden ord, antalet dokument, blanketternas mönster av ledord, kolumner och rutor som avgör om journalen fyller sin funktion på ett bra sätt. En överskådlig blankett underlättar givetvis läsbarheten, men viktigast är trots allt det medicinska innehållet. En komprimerad och koncis journal, som är skriven med logisk stringens och som endast innehåller relevanta upplysningar behöver inte "förskönas" med olika åtgärder beträffande den yttre formen. Man måste dock vara medveten om att det är en konst att skriva välformulerade journaler och att det sällan finns tid att fördjupa sig i ordval och formuleringar. Därför behövs praktiska hjälpmedel som diktafoner, förtryckta blanketter m.m.

Senare års debatt i t.ex. Läkartidningen ger vid handen, att det finns uttalade önskemål om en vidareutveckling av journalen så att den blir ett bra instrument för planering, genomförande och uppföljning av vårdarbetet liksom för forskning. Centrala organisationer - i första hand Språ och socialstyrelsen - har haft ambitioner att reformera journalföringen, men arbetet har visat sig vara betydligt svårare än vad man kanske föreställde sig från början. Även DASIS-projektet, som haft en bred lokal förankring, har gått trögt.

Trots de omfattande ansträngningar som lagts ned i olika utvecklingsprojekt har mottagandet av de nya journalblanketterna varit blandat på det lokala planet. En vanlig uppfattning tycks vara att de centralt utformade journalerna är alltför detaljerade och pretentiösa. De har ibland missriktat arbetet från det väsentliga till petitesseer. Det finns också en risk att de leder till mer omfattande åtgärder än vad som behövs i de okomplicerade fallen. Detta kan i sin tur medföra att överskådligheten försämras trots att syftet varit det motsatta. Missnöjet med de rikstäckande modellerna förklaras sannolikt av den starkt lokala och/eller

individuella prägel som ändå karakteriserar journalföringen. Det klagas antingen på att blanketterna saknar utrymme för fri text eller att de är alltför vidlyftiga. Den ene läkaren har vant sig vid en viss disposition av texten, den andre ogillar sökord därför att de leder till slentrian, den tredje vill utnyttja papprets båda sidor för att hålla nere journalens omfång osv. Enhetligt utformade blanketter som följer en given systematik och fastställda skrivregler har också vissa fördelar. Spris grundjournal anses t.ex. väsentligt ha underlättat läkarsekreterarnas arbete.

De första datajournalerna innebar också väsentliga inskränkningar av journalförfattarens frihet. Den nu tillgängliga tekniken kan emellertid bättre anpassas till användarens olika behov och önskemål. Ett av de viktigaste målen med försöksverksamheten inom DASIS-projektet är att fastställa kostnader och effekter av en total datorisering av den medicinska journalen. Problemen i framtiden kommer troligen inte primärt att vara av teknisk art utan snarare de stora förändringar som måste till i organisationen, t.ex. fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier inom sjukvården. Det synes fullt realistiskt att tänka sig följande modell för informationshanteringen på ett sjukhus redan i slutet av 1980-talet.

All information matas in med hjälp av olika typer av terminaler eller direkt från analysinstrument till datorer, som är placerade på kliniker respektive laboratorier. I anslutning till klinikdatorn finns ett minnesutrymme där journalen är lagrad. Dit kommer också automatiskt alla informationer från olika typer av serviceinrättningar. I denna journalinformation kan man söka hela eller delmängder och göra sammanställningar och utsorteringar på ett mycket enkelt sätt, så enkelt att man vid ett öppenvårdsbesök inte ens behöver ta ut informationen på papper. Daganteckningar respektive öppenvårdsanteckningar kan lätt införas i journalen och "läsas" vid en senare tidpunkt t.ex. när journalen avslutas eller sammanfattas till en definitiv journalanteckning. Epikriser eller andra typer av sammanfattningar kan i stor utsträckning framställas av datorn för att senare verifieras, korrigeras eller

kompletteras av den ansvarige läkare. När journalen är avslutad överförs automatiskt informationen till ett billigare långtidslagringsmedium. Systemet kan knyta ihop sjukhusen med olika öppenvårdsmottagningar i primärvården och garantera att betydelsefull information om patienterna alltid finns omedelbart tillgänglig. I princip bör det kunna vara möjligt för all behörig sjukvårdspersonal inom landstingsområdet att ha tillgång till åtminstone en starkt komprimerad journal.

Resultatet av en expertstudie, som initierats av dataeffektutredningen, "ADB inom kommun och landsting - effekter på sysselsättning och arbetsmiljö" (Ds A 1983:5) visar att det är inom den vårdande verksamheten - och inte inom administrationen - som de största rationaliseringarna kan komma att göras med hjälp av ADB-teknik. I DASIS-projektet specialstuderas sjukvårdsverksamheten och effekterna av en datorisering av själva patientdokumentationen. Projektet skall, enligt tidsplanen, vara avrapporterat vid årsskiftet 1985-86. Rapporten och gjorda kostnadsanalyser kommer att utgöra ett tungt vägande underlag för landstingens beslut i datafrågorna.

Journalutredningen bedömer, att tiden ännu inte är mogen att ta ställning för eller emot datajournalen. En väsentlig förutsättning är, som utredningen tidigare framhållit i kapitel 4, att integritets- och sekretessfrågorna får en nöjaktig lösning. Utredningen har för övrigt strävat efter att anlägga ett "teknik - neutralt" synsätt. Den föreslagna journallagen skall således gälla oberoende av metoder och tekniker för journalföringen.

7.3.2 Behovet av regler om journalernas utformning

De praktiska svårigheterna liksom riskerna för oönskade kostnadseffekter är inte oväsentliga när man försöker att styra utvecklingen in i minsta detalj. Detta synes särskilt gälla frågor som berör utformningen av hälso- och sjukvårdens arbetsmaterial. De förtryckta journalformulären skall ge hjälp och stöd vid dokumenterandet, men avsikten är oftast också att påverka själva vården. Fastställda journalblanketter kan dock medföra onödiga låsningar

av arbetet och på så sätt hämma hälso- och sjukvårdspersonalens egna initiativ till omprövning och förenkling. Journalutredningen bedömer därför, att dessa frågor knappast ens lämpar sig för huvudmannabeslut, som berör ett helt landsting, och följaktligen än mindre för centralt utfärdade direktiv.

Journalutredningens principiella inställning är, att det bör finnas en stor frihet att - inom de yttre ramar utredningen drar upp vad avser skyldigheten att föra journal, grundläggande krav beträffande själva journalförandet m.m. - välja metod för journalföring och journaltyp liksom att utforma blanketter, gemensamma skrivregler osv. Av olika skäl måste man dock räkna med vissa krav på samordning inom ett landsting, verksamhetsområde eller ett sjukhus. Utvecklingsarbetet på detta område bör dock vara väl förankrat i den lokala organisationen bland läkare, sjuksköterskor, läkarsekreterare m.fl, som använder sig av journaler i sitt dagliga arbete.

Journalutredningen har i kapitel 6 föreslagit att förvaltningsmyndigheterna skall kunna utfärda föreskrifter om innehållet i journaler när starka säkerhetsintressen så påkallar. Huvudprincipen är annars allmänna råd. Ett sådant föreskriftsbemyndigande bör också innefatta i vilken konkret form uppgifterna skall dokumenteras för att det bakomliggande motivet säkert skall bli tillgodosett. Författningen om markering i journal av intolerans och allvarlig överkänslighet mot läkemedel m.m. (SOS FS 1982:8) utgör det enda exemplet hittills på föreskrifter om journalutformningen som klart motiveras av hänsyn till patientsäkerheten.

Det sagda avser journalernas utformning för vård- och behandlingsändamål. I konsekvens med utredningens uttalande om journalinnehållet bör inte andra behov regleras av journallagen. Planerings- och forskningsintressena kan visserligen vara angelägna, men får alltså tillgodoses på andra vägar.

I den förebyggande hälsovården spelar journalerna rollen av hälsokontrollinstrument för kontinuerlig uppföljning av grupper

av individer. När statsmakterna detaljbestämmer omfattningen och inriktningen av någon särskild hälsokontroll kan det t.ex. vara motiverat att samtidigt försäkra sig om att väsentliga data dokumenteras för effektuppföljning och utvärdering. Det förebyggande hälsoarbetet spänner över ett vitt fält, från omfattande verksamheter som mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård och företagshälsovård till målinriktade screeningkontroller, vaccinationsprogram och anställningsundersökningar.

Journalutredningen konstaterar, att det knappast är möjligt att uttala sig generellt om behovet av tvingande regler om journalutformningen i den förebyggande hälsovården. Eftersom detaljerade journalblanketter kan medföra svårigheter att anpassa verksamheten så att den svarar mot lokala behov och förutsättningar synes det dock lämpligast att allmänna råd blir huvudalternativet här också.

Journalutredningen föreslår, att statsmakterna också i övrigt tar ställning till behovet av detaljregler på detta område i samband med beslut om verksamheten som sådan eller i respektive specialförfattning. Denna lagstiftningsmetod har för övrigt redan tillämpats när det gäller de närbesläktade läkarintygen och undersökningsprotokollen. Vissa medicinska undersökningar behövs i samband med myndigheters rättsliga åtgärder, t.ex. blod- och urinprovtagningar för alkoholbestämning vid utredning av trafiknykterhetsbrott, rättsmedicinska undersökningar m.m. Resultatet av sådana undersökningar dokumenteras oftast direkt i särskilda intyg eller protokoll, som dock ibland kan ersättas av fastställda journalformulär. Den springande punkten är med andra ord ändamålet och inte dokumentationsformen.

Även eljest när rättssäkerhetsintressena väger särskilt tungt kan det finnas anledning att överväga statlig detaljreglering. Ett exempel på detta är journalföringen vid psykiatrisk tvångsvård. JO har i samband med inspektioner och utredningar av klagorenden noterat, att bestämmelserna om anteckningar i journalen av bl.a. beslut om intagningar på sjukhus och andra beslut som rör frihetsberövanden i stor utsträckning inte tillämpas på ett korrekt

sätt. Sådana beslut är undantagna från huvudregeln om sekretess (7 kap. 1 § SekrL) och en sammanblandning av de offentliga och hemliga uppgifterna vållar praktiska svårigheter när någon vill ta del av den öppna informationen. I ett ärende (dnr 3217-1981), som överlämnats till journalutredningen, har JO därför väckt frågan om en särredovisning av de uppgifter som krävs om frihetsberövande åtgärder.

Journalutredningen anser i likhet med JO, att det just på detta område kan finnas skäl att överväga om inte socialstyrelsen borde ha fullmakt att fastställa handläggningsprinciper liksom de blanketter som skall användas. Liknande överväganden kan också bli aktuella vid vård med stöd av smittskyddslagstiftningen. Både LSPV och smittskyddslagen är för närvarande föremål för översyn. Den här berörda frågan om föreskriftsbemyndiganden kan alltså komma i ett helt nytt läge och bör därför tas upp gemensamt med de övriga lagstiftningsfrågorna.

En följd av journalutredningens principiella ståndpunkt är att även de hittills utfärdade formföreskrifterna bör följa samma principer. Utredningen föreslår därför, att de centrala myndigheterna (socialstyrelsen och skolöverstyrelsen) fortsätter det av översynsförordningen (1981:305) initierade författningsarbetet och närmare överväger möjligheterna att upphäva eller omarbete de detaljregler beträffande patientdokumentationens utformning som ännu gäller. De av utredningen kända författningarna, som synes vara berörda, har redovisats ovan i avsnitt 7.1.

7.3.3 De olika yrkesgruppernas journaler

Journalutredningen har i det föregående föreslagit ett lagfästade av gällande journalföringspraxis, som medför att ytterligare några yrkesgrupper åläggs skyldighet att föra journal. Utredningens nyss gjorda uttalanden avser givetvis även dessas journalföring. Det är med andra ord inte några krav på dokumentationsformen förenade med skyldigheten, vilket också innebär att de olika yrkesgruppernas anteckningar antingen kan integreras i den gemensamma klinikjournalen eller föras i en journal för sig.

Journalutredningen har noterat att många grupper, som nu har egna journaler, gör starka anspråk på att få komma in i klinikjournalen. Olika skäl har angetts för detta, bl.a. att det skulle underlätta patientvården genom att alla har tillgång till en fullständig information. Utredningen vill i denna fråga betona, att det krävs en intresseavvägning där även hänsyn måste tas till patientintegriteten. Ju mer integrerad journalföringen blir desto svårare är det att upprätthålla den inre sekretessen. Det kan också finnas skäl att allmänt varna för införande av rutiner, som innebär att journalen ständigt är "på drift" mellan alla olika befattningshavare. Dessa frågor måste dock lösas lokalt med utgångspunkt från vad som är bäst för patienten och effektivast med tanke på arbetets gång.

8 JOURNALFÖRANDET

I det föregående kapitlet konstateras, att journalföringen är lokalt och individuellt präglad. Vissa frågor är dock generella vid all journalföring. Journalutredningen har tidigare angett, vilka minimikrav som statsmakterna bör ställa på hälso- och sjukvårdspersonalen i form av grundläggande skyldigheter att föra journal. I detta kapitel diskuteras vilka krav som kan ställas på själva journalförandet. Utredningen tar också upp några praktiska frågor av generell karaktär, som ofta diskuteras bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

8.1 De gällande reglerna

Själva journalförandet är i grunden samma arbetsform oberoende av vilken kompetens journalförfattaren har och oberoende av verksamhetsområde. Socialstyrelsen har utfärdat två författningar som riktar sig till all hälso- och sjukvårdspersonal (tidigare: medicinalpersonal) och som kan sägas gälla den grundläggande etiken vid journalförandet. Enligt cirkuläret (MF 1973:90) om avfattande av (läkarintyg, läkarutlåtande,) journaler m.m. är det angeläget att läkaren "vid förande av journal tillser att handlingen inte onödigtvis ges sådan avfattning eller sådant innehåll, som kan anses kränkande för den som handlingen avser eller dennes anhöriga." Vidare påpekas, att läkaren bör vara "försiktig vid sitt ordval. Framför allt gäller detta vid avfattande av omdömen om den undersökte. Uttalanden som kan uppfattas såsom uttryck för nedsättande moraliska eller sociala värderingar bör i görligaste mån undvikas."

I syfte att underlätta kontakterna mellan sjukvårdspersonalen och allmänheten har socialstyrelsen också meddelat föreskrifter om det medicinska språket i bl.a. journaler, intyg och dödsbevis

(SOS FS 1982:2). Enligt dessa föreskrifter skall hälso- och sjukvårdspersonalen "sträva efter ett klart och enkelt språk i kontakten med patienter och deras anhöriga. Tyngande och svårförståeliga facktermer skall om möjligt undvikas."

Utöver dessa grundläggande regler finns särskilda föreskrifter inom tandvården och för psykologer. För tandläkare gäller allmänt (MF 1964:101) att journal skall föras med varaktig skrift. Inom folktandvården gäller dessutom (SOS FS 1977:94) att journal skall föras med största noggrannhet och att handstilen skall vara läslig om journalen skrivs för hand. Psykologers journalanteckningar skall (SOS FS 1982:78) vara klart formulerade och tydligt utskrivna. Någon motsvarighet till dessa särbestämmelser finns inte i författningar som styr läkares eller övriga yrkesgruppers journalföring.

I de nyss nämnda föreskrifterna för psykologer ges vägledning i ett problem som är generellt vid all journalföring. Här förklaras nämligen hur ändringar eller rättelser i journaler skall genomföras korrekt. Den ursprungliga texten får inte förstöras eller förvanskas vid rättelsen och det skall tydligt framgå att det är fråga om en rättelse, när rättelsen skett och vem som har gjort den.

Flera författningar eller allmänna råd behandlar frågan om signum, skriftlig bestyrkan eller undertecknande av enstaka uppgifter/handlingar eller journalen i sin helhet. Transplantationsprotokoll skall bestyrkas av den läkare som beslutat om ingreppet och om annan läkare utfört ingreppet även av denne (MF 1973:2 och MF 1975:122). Årlig hälsokontroll av livsmedelsarbetare kan utföras av legitimerad sjuksköterska, men beviset härom skall undertecknas av den ansvarige läkaren (SLV 1975:12 el. SOS FS 1978:22) och av distriktssköterska för förlösningssjournal skall underställas läkare för undertecknande (MF 1966:31). Liknande regler, som är mycket detaljerade, finns beträffande läkemedelshanteringen på sjukhus (MF 1974:83 och RoA 39/1974) enskilda vårdhem (MF 1970:46 och 1970:47) och ålderdomshem (RoA 45/1975). I samtliga fall är huvudregeln att ordination

av läkemedel såvitt möjligt skall ske skriftligen eller vara skriftligen bestyrkt av läkaren själv. När sjuksköterska skriver ned ordinationen, t.ex. vid telefonordination eller vid medicineri- ning "vid behov" skall läkaren i efterhand genom sitt signum bekräfta sjuksköterskans anteckningar. På enskilda vårdhem krävs dessutom att den som delar ut medicinen för varje tillfälle bekräftar utdelningen med sitt signum och i vissa fall även läkarens kontrasignation. För att förhindra förväxlingar på för- lossnings- och BB-avdelningar har i en annan författning (SOS FS 1980:80) barnmorskor och sjuksköterskor ålagts att genomföra vissa identitetskontroller, vilka de skall bekräfta med signum i journalen.

8.2 Språket i journaler

Bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och tillsynslagen avser att skapa garantier för att patienterna informeras om sitt hälsotillstånd och de vårdmöjligheter som står till buds. I för- arbetena framhålls vikten av att man på alla nivåer uppmärksammar kravet på information till de enskilda patienterna. Det finns allmänt ett samband mellan informationsansvaret och de tillgäng- liga uttrycksmedlen.

Frågan om det medicinska språket har diskuterats från skilda utgångspunkter. I massmedia har man särskilt intresserat sig för den språkbarriär, som anses finnas i sjukvården, i första hand mellan patienten och vårdpersonalen, men i någon mån även mellan personal med högre och lägre utbildning. Dessa språkliga hinder brukar hänföras till konflikten mellan fackspråk och allmänspråk. I tidningsdebatten har t.o.m. påståtts att svårigheterna påverkar vårdresultaten. Om det medicinska språket medför sådana kon- sekvenser gäller saken ytterst säkerheten i vården.

Från bl.a. forskarhåll har det påpekats, att det också kan finnas språkliga oklarheter inom kretsen av fackkunniga. Det är då främst brister i den terminologiska exaktheten som avses. En glidande terminologi, där en och samma företeelse kan ha flera olika beteckningar, skapar problem i den medicinska forskningen och i sjukvårdsstatistiska sammanhang.

Problem med det medicinska språket kan även tänkas aktualiseras i samband med tillsyn. Bruket av "hemmagjorda" förkortningar, egna termer och uttryckssätt, som inte är allmänt accepterade, medför i praktiken att språket monopoliseras. En journal som skrivits på detta sätt måste "översättas" av författaren själv till vedertaget medicinskt språk. Möjligheterna för patienten eller för tillsynsmyndigheten att utan inskränkningar granska vårdens kvalitet blir då närmast illusoriska. De nämnda problemen har uppdagats i samband med flera ansvarsärenden under årens lopp.

8.2.1 Språkfrågans bakgrund

Regeringen uppdrog 1975 åt socialstyrelsen att i samråd med bl.a. Svenska språknämnden och Svenska läkaresällskapet utreda frågan om lämplig organisation av den medicinska språkvården. Upprinnelsen till regeringsuppdraget var en motion i riksdagen (mot. 1975:474) om inrättande av en medicinsk nomenklaturcentral. Motionärerna hade uppmärksammat att det medicinska språket blivit alltmer oenhetligt och föreslog därför att man borde inrätta en motsvarighet till Tekniska nomenklaturcentralen för det medicinska området. Uppdraget slutfördes år 1977, då socialstyrelsen överlämnade utredningsrapporten "Medicinsk språkvård" till regeringen.

Socialstyrelsens rapport utmynnar i förslag om en särskild nämnd för medicinsk språkvård med viss kanslimässig anknytning till Svenska språknämnden. Till vägledning för det praktiska språkvårdsarbetet uttalas bl.a. att sjukvårdspersonalen bör stimuleras att förenkla och förtydliga sitt språk gentemot allmänheten eller med andra ord tillägna sig ett populärmedicinskt vardagsspråk. Det påpekas dock, att resultaten av en sådan tänkt språkpåverkan med nödvändighet kommer att bli långsiktiga, eftersom det inte är lätt att ändra sedan lång tid rotade vanor. Problemen är dessutom inte så enkla att de helt kan lösas genom att man ersätter termer av utländskt ursprung med svenska. Även om man använder sig av svenska är det ju inte givet att lekmannen alltid förstår språkets medicinska innebörd. En försvenskning av det medicinska språket får därför inte bli ett självändamål. Vidare framhålls,

att allmänspråket till stor del hämtar sitt ordförråd från fackterminologin, vilket gör att språkvårdsinsatser för fackspråket kommer att fortplanta sig till det medicinska vardagspråket.

Efter remissbehandling av rapporten beslutade regeringen i slutet av år 1979 att överlämna ärendet till Svenska språknämnden. Ekonomiska resurser ställdes emellertid inte till nämndens förfogande för detta ändamål och den föreslagna organisationen för medicinsk språkvård har därför ännu inte kommit till stånd.

Professor Lars Erik Böttiger beklagade i en skrivelse år 1980 till dåvarande statsrådet Holm att det inte gjorts något konkret åt frågan om en nämnd för medicinsk språkvård. Denne föreslog att socialstyrelsen borde ges tillfälliga resurser för ett arbete med att skriva om sjukdomsklassifikationen, så att i denna främst skulle anges en svensk diagnos och först därefter en latinsk. Framställningen har år 1981 överlämnats till journalutredningen.

Socialutskottet har vid upprepade tillfällen påtalat behovet av medicinsk språkvård och gjort uttalanden med krav på konkreta åtgärder för att underlätta för patienter och deras anhöriga att förstå innehållet i intyg och andra handlingar inom sjukvården. I sitt senaste betänkande härom (SoU 1982/83:21) har utskottet ställt sig tveksam till om socialstyrelsens föreskrifter (SOS FS 1982:2) om att sjukvårdspersonalen skall sträva efter ett klart och enkelt språk vid kontakten med patienter verkligen kan få någon större genomslagskraft. Utskottet tycks ställa något större tilltro till de långsiktiga resultaten som kan komma ut av den pågående revisionen av klassifikationen av sjukdomar.

De senaste åren har utgivits flera nyskrivna medicinska ordböcker. Ett gemensamt mål för dessa synes ha varit, att böckerna skall kunna utnyttjas och begripas även av personer utan tidigare medicinska kunskaper. De innehåller därför i stor utsträckning lättförståeliga förklaringar till de olika uppslagsorden. Ett viktigt användningsområde för ordböckerna är i utbildningen. De kan därför komma att påverka särskilt den yngre vårdpersonalens språk.

Läroplanerna för vårdutbildningar i gymnasieskolan och vid högskolan anger en god kommunikation mellan personal och patienter samt deras anhöriga som ett utbildningsmål. Någon undervisning som är direkt inriktad på att lära den blivande vårdpersonalen att använda ett enkelt och lättbegripligt språk vid patientkontakter förekommer emellertid inte.

8.2.2 Språkbarriären

Varje fackområde har i någon mån ett eget språk och man talar om dataspråk, byråkratsvenska osv. Vid en slarvig språkanvändning utvecklar sig en yrkesjargong. Genom att tala ett särskilt fackspråk visar man sin gruppstillhörighet inåt och markerar samtidigt fackområdets gränser utåt. Språkskillnaderna kan då bidra till att skapa känslor av osäkerhet och underlägsenhet hos personer som står utanför.

I socialstyrelsens tidigare nämnda utredningsrapport redovisas en indelning av det medicinska språket, enligt vilken de språkliga problemen särskiljs och hänförs till följande områden:

- 1) det medicinska vetenskapliga och det medicinska praktiskt-tekniska språket
- 2) det medicinska allmänspråket.

Med det vetenskapliga språket avses enligt denna indelning den terminologi som bl.a används i den medicinska facklitteraturen. Här föreligger ofta krav på ett exakt språk och eftersom språket huvudsakligen används fackmän emellan förväntas det av mottagaren att han skall vara insatt i fackområdets termer. Även det praktiskt-tekniska språket hänför sig till medicinens speciella ämnesområde. Med detta språk avses i första hand den terminologi som har ett göra med farmaceutiska specialiteter, med instrument och apparater som är i bruk i sjukvården, sjukdomsdiagnoser m.m. Det andra området, dvs. det medicinska allmänspråket, innehåller den terminologi som inom fackområdet används i kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och olika kategorier läkare.

Det påpekas vidare att indelningen efter fackområden i och för sig skulle kunna utmytna i en lång förteckning över medicinens olika delspråk, men att gränsdragningsproblemen m.m. gör att man för enkelhetens skull bör kunna ansluta sig till den vedertagna tudelningen fackspråk - allmänspråk.

Svårigheter med anledning av konflikten mellan fackspråk och allmänspråk ger sig i första hand till känna i sjukvårdens vardag vid samtal mellan patienten och personalen. Det är alltså ett kommunikationsproblem, som egentligen inte så mycket berör journalföringen. De språkliga klyftorna finns givetvis även i det skriftliga språket, kanske t.o.m. i än högre grad. Dessa problem har dock inte tilldragit sig samma uppmärksamhet eftersom journaler med få undantag endast läses av fackmän. Däremot har fackspråk i intyg och utlåtanden (t.ex. latinska diagnoser), som är avsedda för myndigheter, patienten själv eller dennes anhöriga, väckt en hel del irritation.

Finns det överhuvud taget en språkbarriär mellan allmänheten och hälso- och sjukvårdspersonalen och medför den i så fall några reella problem? Förhåller det sig verkligen så, att patienten och läkaren har så svårt att förstå varandra att patienten tillfrisknar långsammare eller att han får svårt att följa givna instruktioner?

Ovanstående frågor har behandlats av Erik Allander i "Språket mellan läkare och patient" och Lars Erik Böttiger i "Medicinens språk" (båda uppsatserna är publicerade i antologin Fackspråk). Den tidigare nämnden för samhällsinformation (NSI) och Spri har sammanställt och publicerat en rapport över tio olika informationsprojekt, som genomförts i sjukvården. Undersökningarna har t.ex. omfattat observationer av läkarnas samtal med sina patienter, intervjuer med läkare om deras inställning till skriftlig patientinformation och intervjuer med patienter samt enkäter till patienter. Enligt rapporten anser flertalet läkare att det är viktigt att ge såväl skriftlig som muntlig information. Ett problem för många var dock att patienterna inte alltid själva ställer

frågor och att man därför inte vet om man lyckats i sin information. Patienterna tycker i stort sett att de får veta för litet.

Frågorna har också språkvetenskapligt belysts i en undersökning år 1978 av forskningsassistenten vid Svenska språknämnden, Per A. Pettersson (Sjukvårdsspråk, Skrifter utgivna av Svenska språknämnden nr 63). Syftet med Petterssons undersökning var att kartlägga hur kommunikationen fungerar mellan vårdpersonal och patienter i öppenvårdssamtal. Som underlag användes samtalsinspelningar på flera olika vårdinstitutioner. Undersökningen visade att det i vårdsamtalen förekommer en stor mängd ord som kan vara svåra att förstå och som ofta misstolkas. I ett mycket litet antal fall begär patienten en förklaring av de svåra orden, vilket kan tolkas så att lekmannens respekt för fackmannen och hans språk är så stor att han inte kan eller vågar visa sin okunnighet. Det kunde också konstateras, att personalen i ganska många fall ägnar mycken tid och energi till att förklara verkligheten bakom de ord de använt - även utan att patienten direkt bitt om det. De yngre läkarna tycktes använda de svåra orden i något större utsträckning än de äldre. Författaren anser att undersökningen, trots att den haft ett begränsat omfång och syfte, kunnat visa på att det finns påtagliga risker för att patienter och vårdpersonal inte förstår varandra. För att undvika en kommunikationsbarriär måste all vårdpersonal göras medveten om vikten av att tala med patienten på hans villkor, vilket - enligt författaren - inte behöver betyda någon bannlysning av främmande termer. En för de olika yrkeskategorierna avpassad språk- och kommunikationsutbildning i all vårddykesutbildning föreslås.

8.3 Journalutredningens överväganden och förslag

Journalutredningen har förespråkat en frihet för hälso- och sjukvårdspersonalen, att välja teknik och metod för journalföringen liksom att utforma journalerna efter vad som är bäst inom respektive verksamhet. Friheten gäller givetvis inom de ekonomiska ramar som huvudmännen lägger fast. Dessa kan innebära vissa krav på samordning.

Journaler är i första hand ett arbetsmaterial inom hälso- och sjukvården, vilket dock inte innebär att de uteslutande skall ses som en intern angelägenhet för vårdpersonalen. Journalutredningen har flera gånger tidigare understrukt patientens starka intressen i journalföringen. Det är ju honom uppgifterna gäller. Hälso- och sjukvårdslagen och tillsynslagen har lagt ett ökat informationsansvar på vårdpersonalen. De båda lagarna syftar dessutom allmänt till att skapa en vårdatmosfär, som inbjuder till öppet och förtroendefullt samarbete. Även journalföringen måste präglas av respekt för patienten, men också i övrigt tillgodose vad som kan betecknas som elementär standard.

8.3.1 Subjektiva värdeomdömen

Tidigare kunde det ganska ofta förekomma att läkare skrev vårdlösa omdömen om patienter. Det finns tyvärr rikliga exempel på detta i olika beslut av dåvarande medicinalväsendets ansvarsnämnd. 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 läkare numera lägger ned betydligt större ansträngningar på att formulera sig på ett mot patienten hänsynfullt sätt.

En god vård innefattar även patientens olika behov av inflytande på sin egen situation. Genom att han får insyn i den medicinska utredningen och de bedömningar som gjorts om honom läggs en grund för samförstånd. Informationsplikten för hälso- och sjukvårdspersonalen har härvid stor betydelse. Patienten har dessutom, med få undantag, rätt att ta del av sin egen journal. Utöver kravet att journalen skall vara en tekniskt välfungerande informationskälla i vårdpersonalens tjänst bör den således också medverka till en förtroendefull vårdmiljö. Detta kan komma till uttryck vid journalföringen i form av begränsningar till väl underbyggda uppgifter som inte innefattar förklenande värderingar av patienten eller

hans närmaste och i ett språkbruk, som är begripligt även utanför kretsen av experter.

Skyldigheten att föra journal omfattar - enligt vad utredningen tidigare sagt - de åtgärder som vidtagits i patientvården, liksom de överväganden eller bedömningar som legat bakom dessa. Resultaten av en sådan intellektuell 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 alltså inte kräva att uppgifter som har subjektiv karaktär inte alls skall få förekomma. De kan ju som nyss sagts vara befogade i det enskilda fallet. Däremot bör man kunna kräva att de grundas på ett korrekt underlag och verkligen har betydelse för medicinska ställningstaganden. Ovidkommande värdeomdömen om patienten och hans anhöriga av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär bör därför inte accepteras.

Journalutredningen anser att socialstyrelsens tidigare nämnda bestämmelser (MF 1973:90) på det hela taget har fungerat väl och föreslår därför, att de bör fortsätta att gälla. Eftersom de är av så grundläggande karaktär föreslås dock, att de flyttas över till journallagen. Av författningstekniska skäl har texten bantats radikalt, men innebörden är alltså densamma.

8.3.2 Den språkliga utformningen

I hälso- och sjukvården används i stor utsträckning ett fackspråk, som är svårförståeligt för lekmän. Det kan finnas en liten risk att språkhindren påverkar vårdresultatet negativt. Journalutredningen anser dock, att denna risk överbetonats i den allmänna debatten - åtminstone vad avser journalerna. Dessa utgör i första hand arbetsdokument i vårdarbetet och man borde därför kunna acceptera en språklig utformning med stor inblandning av fackuttryck. Till viss del är detta dessutom ofrånkomligt eftersom allmänspråket helt enkelt saknar synonymer med ett lika dis-

tinkt begreppsinnehåll som de olika fackorden. Det skrivna språket fortplantar sig emellertid till talspråket, och vice versa. En av fackspråk präglad journalföring blir därför omedvetet stilbildare även vid umgänget utanför kretsen av fackmän och kommer på så sätt att hämma utvecklingen av ett populärmedicinskt vardagspråk.

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 bl.a. att en av de viktigaste förutsättningarna för en god kontakt mellan myndigheterna och de enskilda är att myndigheterna uttrycker sig på ett sätt som de enskilda förstår. Mot bakgrund härav har föreslagits en bestämmelse i den nya förvaltningslagen om att "myndigheternas skrivelser skall utformas klart och begripligt".

De påtalade problemen med det medicinska språket är, enligt journalutredningens mening, i grunden främst en informations- eller kommunikationsfråga. 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 LINFO (Läkemedelsinformation AB), 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 m.fl. grupper och avser att förmedla grundkunskaper om de egna sjukdomarna.

Som nyss sagts finns det nära band 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. Förvaltningslagen kommer inte att gälla för den sjukvårdande verksamheten. I just denna fråga är dock målen desamma.

Ett krav med innebörden att journaler skall skrivas på begriplig svenska måste få karaktären av målbestämmelse. Arbetet med att försvenska det medicinska språket kan lätt bli löjeväckande om det görs onyanserat, t.ex. med stor nybildning av ord. Föreskriften måste därför förses med förbehåll så att inte varje enskild läkare tvingas hitta på svenska motsvarigheter till samtliga termer av latinsk eller annan utländsk härstamning.

Journalutredningen föreslår, att journallagen skall reglera den språkliga utformningen av journaler. Syftet är att stödja en utveckling av inhemska uttrycksmedel. Däremot är inte avsikten att skärpa de formella kraven på journalföringen, som ju redan nu innebär att svenska ord och uttryckssätt skall användas när de är välkända och entydiga. Förslaget innebär därför egentligen endast att socialstyrelsens föreskrifter (SOS FS 1982:2) nu ges lagform, vilket dock bör kunna ha en viss psykologisk effekt.

Målet att minska de språkliga klyftorna uppnås i första hand med attitydpåverkan genom information och utbildning. Journalutredningen återkommer till denna fråga i kapitel 11. Som tidigare framhållits kan man inte påräkna snabba resultat utan arbetet måste ses långsiktigt. Det kan också krävas underlag i form av ett grundläggande språkvårdsarbete, något som enligt de tidigare planerna var tänkt att genomföras av en särskild medicinsk språkvårdsnämnd. Av främst ekonomiska skäl har denna nämnd inte förverkligats. Däremot har påbörjats ett arbete i socialstyrelsen, som syftar till att införa svenska sjukdomsbeteckningar vid sidan av de latinska diagnoserna i nästa upplaga av klassifikationen av sjukdomar. Detta arbete utförs i nära samarbete med Svenska språknämnden. Journalutredningen anser, att dessa samarbetsinitiativ kan bli betydelsefylla som ett första konkret steg mot ett inhemskt medicinskt språk.

8.3.3 Identifikationsuppgifter

Sjukhus, vårdcentraler, folktandvårdskliniker och enskilda vårdhem använder sig vanligen av journalblanketter med förtryckta adressuppgifter, varav framgår vilken vårdinrättning och klinik det är fråga om. Blanketten kompletteras med namn på den för vården närmast ansvarige läkaren, tandläkaren osv. På andra håll används ofta adresstämpel, som då fyller samma funktion. Hos enskilt verksamma läkare och tandläkare anses en sådan uppgift många gånger överflödigt eftersom bara en person kan komma ifråga. Det är vidare god sed att skriva ut befattningshavarens namn eller initialer i anslutning till varje följande journalanteckning och på en del kliniker anges även dennes tjänstetitel. Ibland förs även en särskild igenkänningslista över de olika befattningshavarnas initialer. På den här punkten är dock rutiner olik, vilket gör att en läsare inte alltid upplyses om vem som står bakom en viss uppgift.

Uppgifter, som behövs för att identifiera patienten, är givetvis av grundläggande betydelse i alla journaler. Flertalet journalblanketter i den offentliga hälso- och sjukvården har utformats för att passa avtryck med patientkort. Kortets informationsinnehåll och format har i standardiseringssyfte utretts av Spr (Rapport 21/71). Följande uppgifter ingår vanligen: personnummer, namn och adress. Dessutom ifylls ibland vissa kompletterande data manuellt, t.ex. kommun- och församlingskod, kön, civilstånd, titel/yrke, telefon, nära anhörig.

Journaler används i vårdarbetet av många personer, vilket har beskrivits ovan i kapitel 4. I klinikjournalen blandas uppgifter från olika befattningshavare och det finns starka önskemål på flera håll om att journalföringen skall integreras ännu mer. Det går idag inte alltid att bestämma de olika uppgifternas ursprung. Man vet inte heller säkert vilket yrkeskunnande som författaren av en viss journalanteckning representerar.

Journalutredningen föreslår en bestämmelse i journallagen med den innebörden att en journalanteckning skall förses med uppgifter om journalförarens identitet och yrkeskompetens. Utredningen anser det nämligen vara av grundläggande betydelse för tillämpningen av ansvarsreglerna att man alltid kan påvisa överensstämmelsen mellan en viss journalanteckning och dess upphovsman. Utredningen menar också att vårdpersonalens arbete underlättas när det direkt går att utläsa av journalen vilka kolleger som tagit del i vården.

Syftet med bestämmelsen uppnås utan att det krävs fullständiga persondata m.m. På större vårdenheter med många anställda från olika kategorier och med stor personalomsättning skall befattningshavarens namn och tjänstetiteln klart redovisas i anslutning till varje anteckning. På mindre inrättningar eller när journalen är bunden till en enda person eller yrkeskategori behöver identifikationsuppgifterna inte redovisas lika utförligt. Det kan t.ex. räcka med att namnet eller titeln anges överst på handlingen.

Journalutredningen har (5.5.1) anfört, att kravet på journalföring är avsett att gälla generellt vid all individuell patientvård, vilket bl.a. innebär att patienterna inte kan vara helt 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.

För många forskare som arbetar med stora material, t.ex. i epidemiologisk forskning, är fullständigt personnummer ofta en nödvändighet. I överenskommelsen om landstingens patientdatabaser har därför personnummer särskilt nämnts. För att förhindra förväxlingar kan det även av vårdskäl vara motiverat med fullständigt personnummer eftersom det emellanåt inträffar att patienter har samma namn och födelsedag. Ibland kan det också vara svårt att utläsa av förnamnet om det är en kvinna eller en man, varför även uppgift om kön kan vara lämplig.

Vården av personer som på grund av medvetlöshet, ålder, psykiska eller andra skäl inte kan medverka till säkerställande av identiteten måste journalföras, trots att man inte kan få fram några säkra personuppgifter. Nyfödda barn liksom vissa utländska medborgare har inte alls något personnummer. För dessa situationer har socialstyrelsen, i en författning (SOS FS 1980:80) om åtgärder för att förhindra förväxlingar inom sjukvården angett att personnummer kan ersättas av ett löpnummer.

Journalutredningen föreslår i journallagen att journalhandlingar skall försees med erforderliga personuppgifter om patienten. Föreskriften behövs för en säker vård. Huvudsaken är då att man kan hänföra den medicinska informationen till rätt person, vilket nödvändigtvis inte förutsätter tiosiffrigt personnummer. Eftersom personnumret är unikt för varje individ är detta den bästa identifikationsuppgiften, men även födelsedatum, löpnummer eller enbart namn kan således accepteras under förutsättning att det inte leder till förväxlingar.

8.3.4 Tydliga anteckningar

I landstingens hälso- och sjukvård 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 brukar därför skriva sina journalanteckningar för hand. Detsamma görs för övrigt alltjämt i mindre utsträckning på sjukhusen liksom av yrkesutövare i primärvården eller när man eljest saknar sekreterarhjälp. Journalutredningen har i sitt tidigare arbete med arkivfrågorna pekat på problemen med svaga eller suddiga kopior. Detta synes särskilt gälla handskrift och patientplåtsavtryck på remissblanketter med självkopierande papper.

Man kan tycka att det är ett självklart krav att journaler skall vara fullt läsbara så att man inte behöver gissa sig till innehållet. Hela idén 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 ett bevismaterial. Erfarenheterna visar tyvärr att slarvig handstil och kryptiska förkortningar kan utgöra ett problem, särskilt i samband med kontrollen av vården. Socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds handläggning av disciplinärenden har vid flera tillfällen försvårats av svårtydbara journaler. Det kan därför ändå finnas ett behov av regler om detta.

Journalutredningen föreslår, att det i journallagen anges att journalhandlingar skall vara tydliga och läsbara. Utredningen har emellertid inte velat gå så långt som att ställa upp ett generellt krav på maskinskrift eller att helt förbjuda bruket av förkortningar av olika fackuttryck. En handskriven journalhandling är fullt acceptabel under förutsättning att stilen är läslig och texten förståelig. Tandläkares och psykologers journalanteckningar skall enligt gällande föreskrifter, som meddelats av socialstyrelsen (SOS FS 1977:94 resp. SOS FS 1982:78), vara "tydligt utskrivna". Det nu framförda förslaget innebär att ett motsvarande krav anges för de övriga grupperna. Det innebär också att endast förkortningar som är mer allmänt accepterade inom hälso- och sjukvården får användas.

8.3.5 Signering, ändringar och rättelser

I kapitel 2 har redovisats grundläggande bestämmelser och praxis om allmänna handlingars offentlighet. Journaler i den offentliga hälso- och sjukvården är allmänna handlingar när de "färdigställts för anteckning eller införing". Tryckfrihetsförordningens bestämmelser utgår från de dokumentationsprinciper som tillämpats i förvaltningen. När dessa översätts till sjukvårdsverksamheten, som har en i grunden helt annan arbetsmetodik, uppstår en del praktiska problem. Begreppet allmän handling avser även ADB-

upptagningar, vilket också får praktiska konsekvenser om data-journaler med tiden tas i bruk mer allmänt.

Minnesanteckningar blir enligt 2 kap 9 § tryckfrihetsförordningen allmänna handlingar endast om de omhändertas för arkivering. I samma paragraf likställs i detta hänseende "utkast eller koncept till myndighets beslut eller skrivelse och annan därmed jämställd handling som ej har expedierats". Sistnämnda bestämmelse är av generell karaktär och gäller således även anteckningar i annan versamhet än ärendehandläggning. Till förtydligande av lagtexten har i förarbetena (prop 1975/76:160) angetts att bestämmelsen tar sikte på s.k. "mellanprodukter".

Tillämpat på journaler innebär nyss angivna bestämmelser följande.

Om en befattningshavare för anteckningar till stöd för sitt minne för att sedan föra in dessa i en journal blir sådana anteckningar allmän handling endast om de arkiveras. Han kan emellertid inte kringgå bestämmelserna - och därmed eventuellt hindra patientens rätt till insyn - genom att blott föra "minnesanteckningar" och inte någon journal. Man kan således endast för en mycket kort tid acceptera att sådana stödanteckningar likställs med minnesanteckningar. Förs anteckningar direkt i ordnad form i en journal hänförs de omedelbart till begreppet allmän handling.

Numera är det på sjukhusen och andra större vårdinrättningar vanligast, att den för vården ansvarige befattningshavaren dikterar journaluppgifterna, som sedan skrivs ut på maskin av en läkarsekreterare. Ibland läser läkaren igenom utskriften och brukar då signera anteckningen som en bekräftelse på att han tagit del av den, men tiden medger inte alltid detta. I själva verket tycks kontrolläsning snarare vara undantag än regel. Handlingen läggs ändå i journalen och blir, enligt vad som nyss sagts, att anses som allmän handling. Signeringen saknar således betydelse i fråga om journalen skall anses upprättad eller ej.

Det tycks vara en vanlig missuppfattning att journalen inte "gäller" förrän den signerats. En patient har t.ex. rätt att även under pågående vård få ta del av sin journal - såväl signerade som osignerade uppgifter. För vårdpersonalens egen skull kan det därför även av denna anledning finnas skäl att granska vad som skrivits. Emellertid förutsätter sekretesslagen att också ett utlämnande till patienten själv provas, vilket alltid ger visst rådrum och tillfälle att i efterhand rätta eventuella fel. Härvid skall dock beaktas vad som sägs nedan om hur ändringar skall genomföras.

Kontrollsigneringen saknar visserligen betydelse för tillämpning av offentlighetsprincipen, men kan i och för sig ha värde som bevis om fråga senare uppkommer, t.ex. i ett ansvarsärende, om den rätta innebörden av en anteckning. Fel eller förväxlingar i samband med utskriften, som inte upptäcks, kan påverka förutsättningarna vid den fortsatta vården. Det finns flera allvarliga exempel på detta i ansvarsnämndens verksamhet under årens lopp. Kontrolläsning kan därför också vara motiverad av säkerhetsskäl.

Journalutredningen anser av nämnda skäl, att det vore önskvärt att införa ett generellt krav på genomläsning och signering av varje journalanteckning. Utredningen ser sig dock förhindrad av kostnadsskäl och givna direktiv härom, att föra fram ett sådant förslag. Enligt vissa beräkningar, som utredningen tagit del av, skulle nämligen införandet av signeringsrutiner på en större vårdcentral med åtta läkare tidsmässigt kräva en extra läkartjänst. Dessutom skulle ett signeringskrav kunna medföra att journaler blir liggande i avvaktan på att den läkare som dikterat uppgifterna får tillfälle att läsa igenom texten, vilket skulle kunna försvåra arbetet även för övrig personal. Det finns också en risk för att påtvingade extrauppgifter av administrativ art, som det gäller här, inte upplevs särskilt meningsfulla och därför kommer att utföras slentrianmässigt. Journalutredningen vill i denna fråga slutligen påpeka, att kontrolläsning - även om den utförs noggrant - ändå aldrig utgör någon fullständig garanti mot fel som kan hänföras till den mänskliga faktorn.

Signum eller underskrift kan också förekomma som ett godkännande av någon annan persons uppgifter. Den här typen av signering förekommer också i myndighetsföreskrifter, t.ex. sjuksköterska kan utföra hälsokontroll av livsmedelsarbetare, men beviset härom skall undertecknas av läkare (SLV 1975:12). Journalutredningen har tidigare föreslagit, att journalföring skall regleras som ett personligt yrkesansvar för vissa angivna yrkesgrupper. De berörda befattningshavarna kommer med andra ord inte bara att svara för sina vård- och behandlingsåtgärder utan även för den journalföring som hör samman härmed. Förslaget innebär, att journalsignering i den senast berörda bemärkelsen knappast längre behövs.

Till begreppet allmän handling är kopplat viktiga rättsverkningar, som avser allmänhetens möjligheter till insyn i och kontroll av myndigheternas verksamhet. En sådan handling kan därför inte utan vidare ändras. En felaktig ändring kan t.o.m. falla under brottbalkens regler om ansvar för urkundsförfalskning eller försvanskning av urkund. Samtidigt kan det många gånger finnas ett legitimt behov av att rätta felaktiga uppgifter. I datalagen finns särskilda bestämmelser om ADB-användningen, som är avsedda att garantera att uppgifter i personregister är riktiga och fullständiga.

Konstitutionsutskottet har beträffande diarier uttalat sig i denna fråga (KU 1982/83:12 s. 221). I uttalandet, som även får anses gälla journaler, sägs följande.

Beträffande möjligheterna att ändra redan diarieförd uppgift bör framhållas, att ett diarium blir en allmän handling redan när det färdigställts för införande av uppgifter. En införd uppgift får följaktligen aldrig raderas bort. Däremot är det naturligtvis inte något som hindrar att man ändrar en redan införd felaktig uppgift. En förutsättning härför är dock att den felaktiga uppgiften fortfarande är klart avläsbar. Detta gäller såväl manuella som dataförda register.

Fråga om ändring av journaler har flera gånger behandlats i ärenden hos JO och av dåvarande medicinalväsendets ansvarsnämnd. Ur nämndens uttalanden kan citeras följande.

B har vidgått att han gjort överstrykningar i journalhandlingarna på sidorna 4, 5 och 34. Dessa ändringar har han företagit utan att samtidigt anteckna av vem och när de gjorts. Dessutom har han genom sina överstrykningar omöjliggjort läsning av den ursprungliga texten i sin helhet. Vad B sålunda låtit komma sig till last är enligt ansvarsnämndens mening av sådan beskaffenhet att ansvarsnämnden beslutar överlämna ärendet till åklagarmyndigheten i Malmö för utredning och eventuellt åtal. (AN 30/69).

Nämnden får anföra följande. Journaler utgör handlingar som - icke minst i bevishänseende - är av utomordentligt stor vikt. De kan exempelvis vid inträffad komplikation eller felbehandling utgöra underlag för bedömning av ansvarsfrågan och därmed eventuellt sammanhängande skadeståndsskyldighet. Självfallet kan det bli nödvändigt med ändringar av en journaltext. Av allmänna rättsgrundsatser följer att den som företager en sådan ändring skall ange anledningen härtill och vem som gjort ändringen. Det är uppenbart felaktigt att genom överstrykning av journaltexten eller förfarande på annat sätt göra grundtexten oläslig eller svårtydbar. (AN 430/70)

Det bör observeras att ovan citerade uttalanden avser ändringar av journaluppgifter som fått status av allmän handling. Korrigeringar av skrivfel betraktas som slutförande av utskriften och kan alltså utföras på vanligt sätt under förutsättning att korrigeringen görs i nära anslutning till själva utskriften.

I kapitel 7 har beskrivits hur journalhanteringen kan komma att se ut på ett sjukhus redan i slutet av 1980-talet. En av de avgörande fördelarna med ADB-tekniken är möjligheterna att nästan utan några begränsningar hantera informationen. Texten kan ändras, flyttas om, sorteras och presenteras mycket enkelt och med stor frihet. Bestämmelserna om allmänna handlingar gäller också ADB-upptagningar, vilket medför legala begränsningar t.ex. när det gäller ändringar. De kommer också att utgöra en garanti för patienterna, eftersom tillsynsmyndighetens kontroll av vården skulle bli närmast illusorisk om journaltexten kunde manipuleras hur som helst utan att detta blev synligt. I DASIS-projektets försök med en fullständig datorisering av journalen har man programmerat in en låsningsfunktion, dvs. en aktiv åtgärd av den som ansvarar för uppgifterna som principiellt innebär samma sak

som kontrollsignering i det konventionella systemet. Efter att texten låsts kan visserligen ändringar göras, men den nya texten kommer då att påföras efter den gamla, som alltså förblir intakt. Resultatet blir med andra ord detsamma som vid ändringar i konventionella journaler.

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 (SOS FS 1982:78). Problemet är generellt vid all journalföring. Journalutredningens förslag innebär, att flera grupper som tidigare inte varit skyldiga att föra journal nu åläggs en sådan skyldighet. Dessa har vanligen inte någon långvarig erfarenhet av journalföring. Man kan knappast förvänta sig att de skall vara förtrogna med tidigare gjorda uttalanden i de rättsliga frågorna. ADB-utvecklingen ställer dessutom nya krav på rättsliga åtgärder till skydd för patienterna.

Journalutredningen föreslår av nämnda skäl att journallagen reglerar hur rättelser skall genomföras korrekt, dvs. den gamla texten får inte göras oläslig och att det skall anges när rättelsen skett och vem som har företagit den. Kravet på särskild anteckning inträder först när uppgiften fått status av allmän handling, vilket bl.a. innebär att läkarsekreterarnas rutinarbete inte påverkas.

Som tidigare påpekats är det långt ifrån självklart att journalutskriften alltid genomläses av den som författat texten. I ADB-lösningar tycks dock kontrolläsning och låsning av texten bli en nödvändighet, eftersom själva tekniken kan inbjuda till oegentliga manipulationer med det som dokumenterats. En låsnings-

funktion synes också behövas för att personalen skall veta vid arbetet med terminalerna vilka ändringar som kan betraktas som utskriftskorrigeringar, respektive skall utföras på sätt som journallagen kommer att ange. Journalutredningen har av kostnads-skäl sett sig förhindrad att lägga fram förslag om ett generellt krav på kontrolläsning. Datajournalen är ännu på försökstadiet och tiden får utvisa om det kommer att behövas specialregler för just denna.

9 FÖRFOGANDE ÖVER JOURNALER

Journalutredningen har ovan beskrivit hur journalhanteringen vuxit ut och förändrats under de senaste årtiondena. I det sammanhanget har diskuterats förändringar av rutiner för förvaring av journaler och utbyte av information, som syftar till att strama upp den inre sekretessen på sjukvårdsenheterna. Förslagen i dessa frågor ger uttryck för journalutredningens strävan att bättre tillgodose patienternas integritetsintressen för att på så sätt värna om ett fortsatt gott förtroende mellan dessa och hälso- och sjukvården.

Av i princip samma skäl infördes år 1980 en möjlighet för patienter att under vissa förutsättningar få sina journaler förstörda. Denna bestämmelse har nu varit i kraft några år och utredningen har försökt att bilda sig en uppfattning om utfallet. Den nämnda förstöringen av journaler är ett specialreglerat förfarande och skall inte förväxlas med gallring. Utredningen har tidigare i ett delbetänkande behandlat arkivfrågor inom den offentliga hälso- och sjukvården. Arkivering och gallring av de privata yrkesutövarnas journaler berördes inte då. Socialstyrelsen har i en skrivelse, som kom till journalutredningen i maj 1984, redovisat vissa överväganden om hur journaler hos läkare och tandläkare som avlidit eller deslegitimerats skall behandlas om de inte övertas av annan läkare/tandläkare. Med den korta tid som stått till buds har utredningen inte ansett det möjligt att ta upp frågan i detta betänkande.

9.1 De gällande reglerna

Tidigare har redogjorts för de grundläggande reglerna om offentlighet och sekretess. En journal som upprättats i den offentliga hälso- och sjukvården är allmän handling enligt tryckfrihetsför-

ordningens bestämmelser. Handlingen behåller sin status som allmän handling även om en tjänsteman tar den med sig till bostaden för hemarbete. Enligt bestämmelser i kommunallagen skall de handlingar som tillhör landstings och kommuners arkiv vårdas och förtecknas.

Regler om journalbevarande, som har formen av bindande föreskrifter, har utfärdats dels av regeringen, dels av socialstyrelsen. Enligt allmänna tandläkarinstruktionen (1963:666) och allmänna läkarinstruktionen (1963:341) skall dessas journaler förvaras under minst tio år, när det gäller läkare dock endast journaler som förts i öppen vård. F.d. medicinalstyrelsen har härutöver föreskrivit (MF 1964:101), att röntgenbilder som hör till en tandläkares journal skall bevaras lika länge som journalen och att viktigare tandregleringsmodeller m.m. skall bevaras under minst tre år. Det ankommer på socialstyrelsen att bestämma hur man skall behandla journalerna efter en läkare/tandläkare som avlidit eller deslegitimerats om inte dessa övertas av någon kollega. De nu nämnda bestämmelserna gäller både offentlig och privat verksamhet.

Enligt föreskrifterna för psykologer om journalföring (SOS FS 1982:78) gäller också att dessas journaler i privat verksamhet skall sparas i minst tio år. I denna författning påpekas dock särskilt att för psykologjournaler på offentliga inrättningar gäller beträffande bevarande och gallring vad huvudmannen beslutat härom i arkivreglemente eller på annat sätt. I cirkuläret den 16 april 1928 angående uppgifter om nyfödda barns mognadsgrad förklaras att förlossningsjournal i likhet med barnmorskans dagbok är arkivhandlingar och skall förvaras för all framtid.

Tillsynslagen (1980:11) innehåller ett par ytterligare begränsningar av rätten att fritt förfoga över journaler. Hälso- och sjukvårdspersonalen är t.ex. skyldiga (7 och 27 §§) att efter anmaning överlämna bl.a. journaler till socialstyrelsen respektive hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd när dessa behövs för tillsyn eller vid utredningar. Dessutom har införts en möjlighet

för patienten (11 §) att på ansökan hos socialstyrelsen få sin journal helt eller delvis förstörd.

9.1.1 Skillnaden mellan gallring och förstöring

Journalutredningen har i sitt delbetänkande förklarat och använt begreppen rensning, plockgallring och gallring. Dessa åtgärder är av arkivvårdande karaktär och syftar till att begränsa informationsmängden, i första hand av utrymmes- och kostnadsskäl. De förväxlas inte sällan med den nyss nämnda förstöringen enligt tillsynslagen. Det tycks dessutom finnas en ganska stor osäkerhet bland hälso- och sjukvårdspersonalen om vilka rättsliga förutsättningar som gäller i dessa sammanhang. Det kan därför finnas skäl att här på nytt beröra frågan.

I riksarkivets normalförslag till landstingskommunalt arkivreglemente (utfärdat den 17 mars 1978) anförs i 8 § att "myndighet beslutar, såvida annat ej är särskilt föreskrivet, om gallring eller annat avhändande av handlingar i sitt arkiv". Med myndighet avses enligt 1 § bl.a. - för hälso- och sjukvårdens del - hälso- och sjukvårdsnämnden och de särskilda förtroendemannaorgan (direktioner, primärvårdsnämnder m.m.) som kan förekomma under denna. Enligt riksarkivets samtidigt framlagda kommentar till 8 § innebär gallring förstöring av handlingar i en myndighets arkiv som ej får äga rum utan att särskilt beslut fattats. Landstingen har i allt väsentligt fastställt lokala arkivreglementen i överensstämmelse med riksarkivets normalförslag. Lagstödet för landstingskommunernas kompetens i detta hänseende återfinns såvitt gäller hälso- och sjukvården genom hänvisningen i 12 § hälso- och sjukvårdslagen till 3 kap. 10 § 3 st. kommunallagen och den fortsatta hänvisningen där till 2 kap. 27 § samma lag.

Riksarkivet har också i ett cirkulär den 20 februari 1979 gett ut allmänna råd om gallring i landstingens arkiv. Detta skall skiljas från det cirkulär den 9 mars 1978 med allmänna råd angående gallring i medicinska arkiv, som var utgångspunkten för journalutredningens första utredningsetapp. Enligt 1979 års råd bör inom varje myndighet upprättas en gallringsplan avseende gallring av

handlingar hos myndigheten. Planen bör utgöras av en lista över de olika slag av handlingar som skall utgällras och innehålla uppgift om vid vilken tidpunkt (utgällringstidpunkt) eller efter vilken tidsfrist (gallringsfrist) utgällringen skall ske. Dessa råd - som också i allt väsentligt följs efter lokala beslut i landstingen - avser all arkivverksamhet och sålunda även hälso- och sjukvårdens arkiv.

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

Med förstöring menas ett totalt förstörande av hela eller delar av en journal i enlighet med särskilda regler i tillsynslagen, som närmare redovisas nedan (9.2). Dessa regler har inte något samband med bestämmelserna om gallring och avser över huvud taget inte huvudmannens egen förstöring av medicinska arkivhandlingar. I dessa fall är i stället socialstyrelsen beslutande myndighet.

Huvudmannens fastställande av gallringsplan kan överklagas hos kammarrätten enligt reglerna om kommunalbesvär. Socialstyrelsens beslut att avslå en ansökan om förstöring av journal kan överklagas av den berörde hos regeringen genom förvaltningsbesvär, vilket innebär en saklig överprövning i ärendet. Om socialstyrelsen bifaller en sådan ansökan får talan inte föras (43 § 2-3 st. tillsynslagen).

Avslutningsvis kan tilläggas att begreppet plockgallring inte är något mellanting mellan gallring och förstöring utan är helt och hållet att jämföras med gallring enligt systematiken i det föregående. Akterna kan också reduceras genom rensning, som innebär ett avsöndrande av handlingar som endast har tillfällig betydelse och inte är arkivlagda, t.ex. övertaliga kopior, kladdar, utkast o.d. Då det i dessa fall inte är fråga om arkivhandlingar

i egentlig mening, betraktas ingreppet principiellt inte som en gallringsåtgärd. Metodiskt sett påminner dock rensningen om plockgallringen.

9.2 Journalförstöring enligt tillsynslagen

Gallring är alltså huvudmannens egen regelbundna utplåning av t.ex. arkivlagda journalhandlingar enligt en i förväg fastställd gallringsplan. Förstöring i tillsynslagens mening är ett fristående specialreglerat förfarande som beslutas av en statlig myndighet och som även kan avse journaler som fortfarande är i aktiv användning. Förutom förutsättningen att patienten själv skall ansöka hos socialstyrelsen om förstöring - helt eller delvis - av journaler rörande honom, skall följande förutsättningar vara uppfyllda för att ansökningen skall kunna bifallas:

1. att ifrågavarande journal förvaras inom hälso- och sjukvården
2. att patienten anfört godtagbara skäl för sin ansökan
3. att journalen uppenbarligen inte behövs för sökandens vård eller behandling eller att det uppenbarligen inte finns allmänna skäl för att den bevaras.

Möjligheten till journalförstöring infördes på förslag av medicinalansvarskommittén (SOU 1978:26). Ett avgörande motiv för tillkomsten av denna regel var insikten om att en journalanteckning kan uppfattas som så stötande, att dess förekomst objektivt sett måste anses innebära en alltför stor påfrestning för patienten i fråga. Godtagbara skäl för ansökan kan vara att patienten anser journalen innehålla nedsättande eller kränkande omdömen av sådan art att de utgör en psykisk belastning för honom, att sådana omdömen medför att han avstår från att söka vård eller lämna uppgifter om sig själv av betydelse för vården, att omdömen är helt felaktiga, missvisande eller inaktuella m.m.

Det ankommer på socialstyrelsen att i det enskilda fallet bedöma huruvida de anförda skälen är av sådan styrka, att de i samman-

hanget kan anses godtagbara. Prövningen innebär vidare - i ett andra steg - att skälen skall vägas mot de intressen, som kan tala för att sökandens begäran inte villfares. Det kan t.ex., som det påpekas i lagens förarbeten, vara fråga om att journalanteckningarna uppenbarligen behövs för patientens fortsatta vård eller att det är påkallat av allmänna intressen (t.ex. forskningen) att de inte förstörs.

9.2.1 Ärenden om journalförstöring

Socialstyrelsen har för journalutredningens räkning sammanställt de hittills inkomna ärendena om journalförstöring. Från det lagstiftningen trädde i kraft den 1 juli 1980 till halvårsskiftet 1984, dvs. fyra år, har mottagits 331 ansökningar. Ärendena som avgjorts före 1984 (164 st) har studerats utförligare. Det kan noteras att nära nog hälften av dessa (80 st) avser journaler förda i psykiatrisk vård.

Genomgången visar att styrelsen i 80 fall helt bifallit ansökan, i 18 fall förordnat om att journalen delvis skall förstöras samt meddelat avslag i 66 fall. Detta betyder att socialstyrelsen i åtminstone 98 fall funnit de i ansökningarna anförda skälen godtagbara samtidigt som anteckningarna i dessa fall uppenbarligen inte behövts för patientens fortsatta vård och behandling eller varit nödvändiga att bibehålla av allmänna skäl. Under samma period har besvär anförts över 39 avslagsbeslut. I fem fall av dessa har regeringen upphävt socialstyrelsens beslut och medgett förstöring helt eller delvis.

Socialstyrelsen har också undersökt vilka skäl patienterna anført i sina ansökningar och vilka motiv styrelsen haft för sina avslagsbeslut:

<u>Av patienterna anförda skäl för ansökan</u>	<u>Antal fall</u>
1. Uttalanden i journalen är kränkande, utgör psykisk belastning, liknande	86
2. Uttalanden i journalen avhåller patienten från att i fortsättningen söka vård hos läkare, liknande	10
3. Uttalanden i journalen anses skada patienten genom utomståendes (t.ex. arbetsgivares) reaktion	19
4. Uttalanden i journalen är felaktiga, osanna missvisande, inaktuella eller irrelevanta	73
5. Övriga skäl (t.ex. strider mot sekretesslagen, skäl saknas)	<u>16</u>
SUMMA	204

Att antalet anförda skäl överstiger antalet ansökningar beror på att en och samma sökande anført flera olika skäl i sin ansökan.

<u>Av socialstyrelsen anförda skäl för avslag helt eller delvis</u>	<u>Antal fall</u>
1. Journalen kan komma att behövas vid fortsatt vård och behandling av patienten	57
2. Ej godtagbara skäl	31
3. Journalen förvaras ej inom hälso- och sjukvården	7
4. Allmänna skäl för bevarande av journalen	<u>6</u>
SUMMA	101

Att antalet anförda skäl överstiger antalet avslag beror på att socialstyrelsen i flera fall åberopat flera skäl för sina avslagsbeslut.

9.2.2 Tekniken vid förstöring av mikrofilmade eller data-registrerade journaler

Antalet ansökningar om förstöring av journal har, som nyss redovisats, varit litet och såvitt känt har det ännu inte någon gång varit aktuellt att förstöra en journal som överförs till mikrofilm eller till annat icke omedelbart läsbart förvaringsmedium. I enlighet med uttalandena i propositionen låter dock socialstyrelsen regelmässigt bifallsbesluten omfatta även sådan registrering. En vanlig beslutsmening är att, "om det finns inom hälso- och sjukvården kopior av den berörda journalen så skall även dessa förstöras", samt att, "för den händelse journalen även finns i något centralt dataregister eller i något lokalt placerat minidatorsystem eller är överförd till mikrofilm skall förstöring även ske härav". Besluten är i denna delen vanligen utformade som ett uppdrag åt huvudmannen att svara för verkställigheten. Fråga har dock uppkommit om de rent tekniska förutsättningarna i sammanhanget och hur förstöringen av t.ex. en mikrofilmad journal praktiskt skall ske. Det tekniska tillvägagångssättet vid förstöring av enstaka journaluppgifter som lagras på de nya medierna är i någon mån detsamma som vid ändringar av texten. Journalutredningen har i kapitel 8 föreslagit lagstiftning om hur ändringar skall genomföras korrekt, oberoende av tillämpad teknik.

För närvarande används flera olika mikrofilmsystem. Det hittills dominerande systemet utnyttjar rullfilm, som efter framkallningen delas i små längder och monteras i plastfickor - s.k. jacketsystem. På senare år har det blivit vanligare med rullfilmsystem med ADB-stödd återsökning eftersom dessa bl.a. kan kopplas samman med de patientadministrativa rutinerna. Nedan fördd diskussion kan ses som ett exempel på hur man skulle kunna gå till väga när det gäller förstöring av journaluppgifter som finns i något av dessa båda system. Samma grundprinciper bör dock kunna gälla också för andra förekommande system som bygger på liknande tekniska lösningar.

Gemensamt för de båda mikrofilmsystemen är att man vanligtvis tar fram två filmer - en bruksfilm och en säkerhetsfilm (arkivfilm) - och att man har ett till filmen kopplat adressregister, som kan

vara manuellt eller datorbaserat. Beslut om förstöring kan avse hela journalen, enstaka dokument i journalen eller enstaka uppgifter i dokumentet. Själva destruktionsen av mikrofilmen förutsätts ske under övervakning i t.ex. "papperstuggare" eller förbränningsanläggning.

Förstöring av hela journalen

- Adressregister
Aktuell notering i registret tas bort. Söksystemet bör eventuellt omkodas.
- Bruksfilm
Jacket med den aktuella journalen tas fram och förstörs. Vid rullfilmsystem klipps de berörda filmrutorna bort varefter filmen åter sammanfogas. Detta kan antingen göras med lim eller genom svetsning (värmeprocess).
- Säkerhetsfilm (rullfilm)
De berörda filmrutorna klipps bort varefter filmen åter svetsas ihop. Arkivbeständigheten förutsätter sammanfogning med värmeprocess.

Förstöring av enstaka dokument

- Adressregister
Aktuell notering i registret finns kvar. Söksystemet bör eventuellt omkodas.
- Bruksfilm
Aktuell film tas ut ur jacket och berört dokument (filmruta) klipps bort och förstörs. Därefter monteras kvarvarande film återigen i jacket. Vid rullfilmsystem klipps berörd filmruta bort varefter filmen åter sammanfogas.
- Säkerhetsfilm (rullfilm)
Samma tillvägagångssätt som vid förstöring av hela journalen.

Förstöring av enstaka uppgifter i dokumentet

- Adressregister
Aktuell notering i registret finns kvar.

- Bruksfilm
På aktuellt dokument (filmruta) tas en papperskopia. Därefter görs erforderlig förstöring/radering på papperskopian. Denna filmas och framkallas. Den gamla filmrutan klipps bort och förstörs. Kvarvarande samt ny film monteras/sammanfogas.

- Säkerhetsfilm (rullfilm)
Samma tillvägagångssätt som vid bruksfilmen. Sammanfogning genom svetsning.

Förstöring av hela eller delar av journaler som lagras med ADB- eller DOR-teknik (jmf. 7.2.2) är tekniskt enklare. Information på skivinnen eller magnetband kan lätt tas bort utan att man senare kan upptäcka att textmängden har försvunnit. Det kan därför vara lämpligt att föra in en notering om förändringen på samma ställe och eventuellt även i söksystemet. Journalutredningen har tidigare (8.3.5) förordat införande av låsningsfunktioner för att texten inte skall kunna manipuleras i efterhand. Det synes därför också krävas en specialrutin som kan forcera låsningen om förstöring skulle aktualiseras. Förstörringsrutinen bör endast några få personer ha tillgång till.

Även journalinformation som lagras på skivor med DOR-teknik kan raderas genom att texten görs oläslig. Ändringar kan utföras genom att informationen kopieras över till en ny DOR-skiva, men kostnaderna är i dagens läge inte försumbara (ca 10 000 kr.).

9.3 Journalutredningens överväganden och förslag

Tidigare har påpekats, att journalen i första hand är ett arbetsmaterial, som används frekvent av personalen vid åtgärder och

beslut som berör vården av patienten. Journaler kan dock sägas ha en betydligt högre status än vad man i dagligt tal förknippar med ordet arbetsmaterial. I den offentliga hälso- och sjukvården gäller sedan gammalt bestämmelserna om allmänna handlingar. Personer som är insatta i förhållandena på hälso- och sjukvårdsområdet har vanligen också klart för sig, att starka integritets-, rättssäkerhets-, kontroll- och forskningsintressen medför väsentliga inskränkningar i förfoganderätten för den person som är i besittning av en journal. Detta gäller såväl i den offentliga som i den privata hälso- och sjukvården. Det finns redan ett flertal regler som kringgärdar journalhanteringen och beskär en fri användning av materialet. Journalutredningen har i det föregående diskuterat några ytterligare sådana åtgärder. Utredningen har bl.a. föreslagit lagreglering för att uppnå en skyddad förvaring och lagt fast en del grundläggande krav när det gäller själva journalförandet, t.ex. hur ändringar eller rättelser skall utföras.

9.3.1 Bevarandetiden

Enligt gällande instruktioner skall läkare i öppen vård och tandläkare bevara journalerna under minst tio år. Detsamma gäller för psykologer i privat verksamhet enligt föreskrifter av socialstyrelsen. Däremot finns det inte något motsvarande krav på de övriga yrkesgrupperna. De offentliga hälso- och sjukvårdshuvudmännen har att beakta regelsystemen om arkivvård.

De redovisade specialbestämmelserna om bevarandet synes ha tillkommit främst för att garantera domstolar och myndigheter utredningsmaterial, t.ex. i samband med patienters ersättningskrav vid felbehandling eller vid kontroll av hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning. Säkerhetsaspekter på vården kan också ha vägts in vid författningsarbetet. Det är vidare troligt att den valda tidsfristen på tio år, som räknas från det den sista anteckningen gjordes i journalen, hör samman med preskriptionsreglerna. För fordran på skadestånd, som inte föranletts av brott, gäller en tioårig preskriptionstid, som har mycket gamla anor.

Journalutredningens delbetänkande om arkivfrågorna avsåg i första hand av läkare förda journaler. Förslaget begränsades till den offentliga hälso- och sjukvården och gavs - i likhet med vad som gällt tidigare - formen av rekommendationer. Till grund för övervägandena låg bl.a. vissa studier över framtagningsfrekvensen i journalarkiven, liksom i andra sammanhang gjorda sjukvårdskonsumtionsstudier och analyser av patientstatistik. Dessa visade ett så pass klart mönster att utredningen delade in journalanvändningen i ett kortvarigt aktivt skede, som omfattar ca två år efter en vårdkontakt, och ett långsiktigt passivt skede. Behovet av journaler som utredningsmaterial i rättsliga sammanhang befinns också vara starkast den närmaste tiden efter en vårdkontakt. De största användarna är socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. För ansvarsärendena gäller en preskriptionstid på två år från den ifrågasatta förseelsen, som alltså befanns sammanfalla med den aktiva användningsperioden i vårdverksamheten. Av hänsyn till säkerheten i vården och för att trygga en allsidig och korrekt insyn i verksamheten förordade utredningen att i stort sett all dokumentation borde bevaras intakt under denna period. För att reducera journalarkivens tillväxt föreslogs en tidig gallring av vissa journalhandlingar redan efter tre år. Huvudprincipen var att journalen härefter borde bevaras intakt under patientens livstid samt under ytterligare fem år efter dödsfallet. Den senare gallringsfristen motiverades av materialets långsiktiga betydelse i forskningen, vid utredningar av arbetsskador eller vid fortsatt vård.

Landstingen har visat sig ta ett stort ansvar för arkivbevarandet. Gallring av medicinska journaler har såvitt känt inte alls genomförts. Formellt sett skulle de dock fritt kunna gallra journaler i slutna vård, medan nu gällande tioårsregel i allmänna läkarinstruktionen lägger hinder i vägen för motsvarande ingrepp i den öppna vårdens journaler. En av lag reglerad bevarandetid för uppgifter om inseminationer diskuteras i en nyligen framlagd proposition (1984/85:2).

I dagens hälso- och sjukvård är gränserna mellan slutna och öppna vård i praktiken inte längre lika tydliga, vilket kanske märks

särskilt väl i journalhanteringen. Numera är det vanligast att man sammanför uppgifter från avdelningen och mottagningsverksamheten (sluten - öppen vård) i en gemensam klinikjournal. Distinktionen i 6 § allmänna läkarinstruktionen kan med andra ord knappast längre upprätthållas och det synes därför angeläget att av rent praktiska skäl se över bestämmelsen.

För närvarande saknas helt regler om bevarande för flera av de yrkesgrupper, som i det föregående föreslagits bli journalförings skyldiga. Några av dessa är till stor del verksamma som fria yrkesutövare. Från tillsynsmyndighetens sida har påpekats, att de författningsmässiga bristerna kan medföra problem från kontrollsynpunkt. Bestämmelserna i tillsynslagen om rekvisering av bl.a. journaler till socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd borde följas upp med garantier beträffande bevarandet för att inte bli verkningslösa.

Journalutredningen har att beakta direktiven om en återhållsamhet i fråga om den statliga normgivningen - särskilt när förslagen kan antagas medföra kostnader för den som berörs av dem. Utgifterna för arkivering är, som tidigare framhållits, inte oväsentliga. Å andra sidan finns det tungt vägande behov av att spara journalmaterial, vilket utredningens förslag i arkivfrågorna ger uttryck för.

Journalutredningen anser att det behövs regler om bevarandetiden och att dessa även fortsättningsvis bör vara av två slag - bindande föreskrifter som anger minimikraven respektive allmänna råd om ett längre bevarande, vilket är motiverat för vissa typer av journaler av såväl vård- som forskningsskäl enligt vad som närmare utvecklats i delbetänkandet. Miniminivån bör anges i journallagen eller eljest i författning som beslutas av riksdagen eller regeringen. Journalutredningen vill i sammanhanget peka på att forskning numera knutits an till alla vårdutbildningarna inom högskolan. Det kan därför eventuellt finnas behov av arkiveringsråd även för den yrkesspecifika forskningen eller på andra områden än de som berördes i delbetänkandet.

Till grund för journalutredningens förslag i de olika delfrågorna har legat överväganden om enhetlighet, säkerhet i vården och rättssäkerhet i patienternas intresse. Det har från sådana utgångspunkter inte funnits skäl att göra någon skillnad mellan olika yrkesgrupper, lika litet som det varit motiverat att skilja på sluten och öppen vård eller offentlig och enskild vård. Journalutredningen finner det logiskt att föra samma principiella resonemang när det gäller frågan om bevarandet. När utgångspunkten är att ange miniminivån måste säkerhetsaspekterna och kraven på rättssäkerhet sättas främst.

Journalutredningen föreslår, i linje med vad som nu sagts, att tvingande regler om bevarandet begränsas till journaler som upprättas av yrkesutövare som omfattas av journallagen. Den obligatoriska minsta bevarandetiden föreslås vara tre år, vilket bör läggas fast i journallagen. Eftersom bestämmelsen endast kommer att ange den absolut lägsta bevarandenivån och en längre tid för det mesta är påkallad av många andra skäl, måste journallagen här läsas parallellt med huvudmännens egna gallringsbeslut. För dessa kan den nu föreslagna treårsregeln inte utgöra något riktmärke. Journalutredningen får när det gäller arkivfrågorna i stället hänvisa till delbetänkandet.

Det kan finnas skäl att kommentera valet av bevarandetid något utförligare. Preskriptionstiden i ansvarsnämnden är två år, men man kan inte dra gränsen så snävt eftersom rekvisitioner av journaler i ärenden som anhängiggjorts mycket sent kan dra ut på tiden över tvåårsgränsen. Det krävs alltså en viss säkerhetsmarginal. Nästa tänkbara tidsgräns går vid tio år, vilket varit den bevarandetid som gällt enligt de få bestämmelser som hittills utfärdats. Tio år anknyter till huvudregeln om fordringspreskription. Enligt avtalsvillkoren i patientförsäkringen skall patientens ersättningsanspråk framställas inom tre år från det skadan visade sig eller senast inom tio år från skadetillfället. Vid skador som orsakats av läkemedel är den yttersta tidsgränsen i stället 15 år enligt läkemedelsförsäkringen. I fråga om brott finns regler i brottsbalken om åtalspreskription, som i de all-

varligaste fallen sträcker sig ända till 25 år. De nämnda tidsgränserna anses inte alls vara tillräckliga i forskningssammanhang.

Journalutredningen har bedömt, att det egentligen inte finns något helt logiskt alternativ till den valda treårsgränsen. Man kan diskutera i vad mån det över huvud taget finns skäl att i det här sammanhanget lägga någon avgörande betydelse vid preskriptionsreglerna när nu dessa är så olika utformade. Sambandet mellan fordringspreskription och journalbevarande synes t.ex. vara ganska långsökt. En tioårs- eller femtonårsregel, som i så fall ligger närmast till hands eftersom den anknyter till patient- och läkemedelsförsäkringarna, skulle bl.a. medföra ett omotiverat långt bevarande av flera typer av journaler där en kortare tid mycket väl kan accepteras. Eftersom preskription inte alls tillämpas för ersättning vid arbetssjukdomar skulle inte ens en sådan regel tillgodose rättssäkerheten hundraprocentigt. Dessutom skulle varje tidsval utöver tre år principiellt strida mot den tidigare rekommenderade gallringen av vissa journalhandlingar hos huvudmännen. Det skulle därför krävas ett flertal undantag för att undvika inkonsekvenser, t.ex. att regleringen av yrkesutövarna i den privata vårdsektorn blir hårdare än i den offentliga hälso- och sjukvården. Valet av bevarandetid aktualiserar således såväl principiella som praktiska och lagstiftningstekniska problem, vilket journalutredningen också har haft att ta hänsyn till.

För att undvika missförstånd vill journalutredningen, avslutningsvis, än en gång understryka att den nu föreslagna treårsregeln uteslutande motiveras av säkerheten i vården och handläggningen av ansvarsärendena. Den utgör således inte något riktmarke för en allmän gallring.

9.3.2 En utvidgad möjlighet till journalförstöring

Under arbetets gång har till journalutredningen överlämnats konstitutionsutskottets betänkande 1980/81:10. I betänkandet begärs en undersökning om den enskildes möjlighet att få sin journal

förstörd även när denna eller kopior av den förvaras annorstädes än inom hälso- och sjukvården. Bakgrunden härtill är den ovan redovisade möjligheten, som socialstyrelsen har enligt tillsynslagen, att på ansökan av en patient förordna att journal som förvaras inom hälso- och sjukvården skall helt eller delvis förstöras. Konstitutionsutskottet har uppmärksamats på att det inte sällan förekommer att journal i kopia eller transumt tillställts andra myndigheter, t.ex. försäkringskassa, socialförvaltningar och domstolar och att förstöringen då även borde omfatta dessa exemplar.

Vid remissbehandlingen som föregick tillsynslagen framförde JO samma önskemål, som nu åter aktualiserats av konstitutionsutskottet. Några andra remissinstanser var dock negativa eller tveksamma till förstöringsförslaget som sådant, bland dem arbetarskyddsstyrelsen, riksförsäkringsverket och de fackliga organisationerna. Skälen var främst hänsyn till forskningen om miljöbetingade sjukdomar och möjligheten att i framtiden utreda arbetssjukdomsärenden. Kritiken medförde en skärpning av förutläggningarna i samband med att bestämmelsen fick sin slutliga utformning.

Möjligheten till journalförstöring har nu funnits i fyra 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 som spåddes. Vid årsskiftet 1983-84 hade omkring 100 ärenden bifallits helt eller delvis. I nästan alla fallen har det varit fråga om kränkande, ömtåliga, osanna eller eljest missvisande journaluppgifter som utplånats, dvs. just de skäl som ursprungligen låg bakom införandet av bestämmelsen. Remissinstansernas farhågor av hänsyn till forskningsintressena framstår - enligt hittills gjorda erfarenheter - som överdrivna. Även om det är för tidigt att göra en slutlig bedömning måste förstöringens omfattning rimligen betecknas som försumbar när man betänker att det årligen upprättas omkring tre miljoner nya journaler och att 150 000 av dessa erfarenhetsmässigt helt enkelt "försvinner i mängden" och sällan återfinns när man behö-

ver dem. Problemen vid återsökning av journaler har berörts i kapitel 7, liksom tidigare i delbetänkandet.

Journalutredningen anser att förstöringsmöjligheten är en liten men viktig detalj vid skyddet av patienternas integritet och därför bör finnas kvar. Den har visat sig fungera som ett korri-geringsinstrument i få undantagsfall på sätt som avsetts. Utredningen har i kapitel 8 föreslagit en bestämmelse i journallagen, som syftar till att begränsa journalföringen till väl underbyggda uppgifter och därmed ersätter socialstyrelsens cirkulär (MF 1973:90) i samma ämne. Ärendena bör således även i fortsättningen bli få.

Journalutredningen föreslår av hänsyn till patienternas integritetsintressen en försiktig utvidgning av bestämmelsen i enlighet med konstitutionsutskottets uttalanden. Den hittills gällande begränsningen till journaler som förvaras inom hälso- och sjukvården bör alltså upphävas. Utredningen bedömer härvid, att paragrafens övriga förutsättningar för bifall utgör en tillräcklig spärr som skydd för de olika bevarandeintressena. Det innebär att journalhandlingar som upprättats inom hälso- och sjukvården kan förstöras även om de kopierats och finns på annat håll, men också att t.ex. skolhälsovårdens och tandvårdens egna originaljournaler kan komma att beröras.

Av socialstyrelsens ärendestatistik framgår, att ifrågavarande skäl endast anförts för avslag vid sju tillfällen. Det har i dessa fall varit fråga om kopior som finns inom skol- eller personalhälsovården, hos försäkringskassa, yrkesskola, odontologisk universitetsklirik eller arkivmyndighet. Det har med andra ord nästan bara gällt institutioner med egen vårdverksamhet eller som har anknytning till vården. Man skulle därför kunna tänka sig att det i något av fallen aktualiserats ett behov av uppgifterna för vårdändamål, vilket i så fall ändå hade kunnat tillgodoses inom ramen för bestämmelsen. Genom inskränknigen att det uppenbarligen inte finns allmänna skäl att bevara journalen hade det också varit möjligt att tillförsäkra försäkringskassan ett komplett utredningsmaterial om så bedömts nödvändigt. Om det i

stället varit fråga om socialförvaltningar eller domstolar, som anförs som exempel i utskottsbetänkandet, kunde angelägna samhällsintressen likaledes bli beaktade genom hänvisning till "allmänna skäl". Journalutredningen vill i sammanhanget erinra om att den som ansvarar för journalen kommer att få tillfälle att yttra sig innan en ansökan bifalles.

Förstöringen aktualiserar ett par praktiska frågor. Journalutredningen har tidigare påpekat att registrering i landstingens patientdatabaser grundas på uppgifter som hämtas från journalerna (vanligtvis blanketten "journalöversikt"). När socialstyrelsen beslutar om förstöring av en viss journal skall informationen i databasen också utplånas. Detta brukar uttryckligen anges i beslutet. 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. Aidentifiering skulle ge den fördelen att databasens statistikvärde består. I t.ex. planerings-sammanhang vill man ha en komplett bild av sjukvårdskonsumtionen, men uppgifterna behöver nödvändigtvis inte vara personrelaterade.

Den nu diskuterade förstöringen avser i första hand grundmaterialet och bakgrunden är att tillvarata patienternas integritetsintressen. Sekundärregistreringen i patientdatabaserna är mycket summarisk. Journalutredningen 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.

För att det över huvud taget skall vara möjligt, kanske efter flera år, att spåra journalkopior som har lämnats ut för olika ändamål krävs en anteckning härom i originaljournalen. Detta görs

regelmässigt vid utfärdandet av flertalet läkarintyg, vid rekvisitioner av journaler i ansvarsärenden m.m. Även vid lån eller översändande av kopior eller epikriser till andra vårdinstitutioner är det vanligt med en daganteckning härom. Däremot antecknas inte alltid internlån eftersom det finns andra uppföljningsrutiner. Remisser vid rutinundersökningar antecknas inte heller särskilt, eftersom man har möjlighet att spara remisskopian som bevakningsexemplar.

Ett anteckningskrav kan förväntas motverka slentrian vid journalutlämnande. Journalutredningen har i annat sammanhang efterlyst lokala åtgärder till skydd för patienternas integritet. Anteckning är också en förutsättning om man med någorlunda säkerhet vill kunna spåra olika journalkopior, vilket i sin tur är nödvändigt för att uppnå den utvidgade verkställigheten i journalförstöringsärenden, som nyss föreslagits. Även för hälso- och sjukvårdspersonalen själv måste det vara en trygghet att kunna rekapitulera vilka uppgifter som lämnats och vilka personer som mottagit information.

Journalutredningen föreslår en bestämmelse i journallagen som innebär krav på anteckning i journalen om datum och mottagare vid ett utlämnande. Kravet avses endast gälla i samband med kopiering eftersom en allmän regel om anteckning skulle kunna leda till byråkratisering av rutinarbetet. Med utlämnande avser utredningen, i konsekvens med vad som sagts i kapitel 4, inte bara kopior som sänds till andra myndigheter utan t.ex. även mellan olika kliniker på ett sjukhus. Anteckningskravet bedöms inte medföra något större extraarbete. Däremot kan själva kopieringen ibland vara ganska tidskrävande.

Slutligen bör kanske för tydlighetens skull påpekas, att anteckningskravet endast är en lösning för att på sikt tillgodose patienternas önskemål. En retroaktiv efterforskning av alla journalkopior som under årens lopp tillställts olika myndigheter skulle kräva mycket stora ansträngningar och skulle ändå aldrig bli heltäckande. I dessa fall får man i stället lita till vad som ändå råkar vara känt eller framgår av omständigheterna i ärendet.

10 PATIENTREGISTER

Uppdraget till journalutredningen har inte begränsats till enbart journaler, utan skall även omfatta t.ex. patientliggare och patientregister. Den ifrågavarande typen av dokumentation täcker framför allt vårdadministrativa behov, men det finns också helt andra användningsområden. Registren kan vara antingen manuella eller framställda med hjälp av ADB. I den offentliga hälso- och sjukvården förs numera allmänt de grundläggande registren på data, t.ex. de patientadministrativa systemen (PAS). Hittills har dessa i huvudsak endast omfattat den slutna vården, men även den öppna vården är på väg att införlivas i samma system. De register som förs hos de centrala myndigheterna har redan berörts i kapitel 4. Nedan beskrivs dessa något utförligare.

10.1 De gällande reglerna

Journalutredningen har tidigare (4.1.2) redovisat vilka regler som gäller om rapportering till de centrala registren. Utöver dessa finns endast några få regler om förändret av förteckningar, liggare eller register över patienter.

Enligt 2 § kungörelsen (1966:585) angående tillämpningen av LSPV skall överläkare vid psykiatriskt sjukhus föra särskild förteckning över patienter som intagits med stöd av LSPV. I 27 § stadgan (1968:146) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda åläggs sarskolechef att föra förteckning över elever som inskripts i eller slutligt utskrivits från sarskola samt över psykiskt utvecklingsstörda elever som tagits in i specialskola. Enligt stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m. åligger det föreståndaren för ett enskilt vårdhem, att föra liggare över de personer som vårdas vid hemmet.

Enligt föreskrifter, som utfärdats av socialstyrelsen med stöd av 23 § smittskyddskungörelsen (1968:234), skall register på hälso- och sjukvårdens område också föras av smittskyddsläkare över kända smittbärare (MF 1968:85), dispensärläkare över alla fall av aktiv tuberkulos (MF 1968:86) och i det senare fallet även inom distriktet av distriktssköterskan. I de nyligen utfärdade allmänna råden (SOS FS 1983:45) förutsätts att landstingen inrättar egna patientdatabaser med rekommenderat minimiinhåll.

Förteckningskraven i de tre regeringsförfattningarna synes ha motiverats av hänsyn både till vården och individernas rättssäkerhet. Även kontrollaspekter kan ha beaktats. Bakom smittskyddsbestämmelserna ligger ett allmänintresse av kontinuerlig bevakning så att inte sjukdomar sprider sig bland befolkningen. Patientdatabaserna fyller, enligt vad som sägs i det allmänna råden, många uppgifter: administration, ligga som underlag för publicering av statistik, utgöra bakgrundsmaterial för de sjukvårdande enheterna i deras verksamhet, stå till forskares och utredares förfogande och tjäna som rapportbesked till olika centrala och regionala myndigheter och organisationer.

10.2 De lokala och regionala registren

Spri-Konsult sammanställde år 1982 uppgifter om ADB-utbyggnaden i olika landsting. Sammanställningen visar att det då i landet som helhet fanns ca 240 ADB-register med uppgifter om enskilda patienter. Inom flertalet landsting pågick arbete med att utveckla nya informationssystem eller planerades för sådana. Datoriseringen hade kommit längst i Stockholms läns landsting.

Undersökningen avsåg endast de mer omfattande registren, där t.ex. registeransvaret låg centralt på något landstingskansli. Förutom dessa finns lokalt många mindre forskningsregister, som inte kunde överblickas av landstingens centrala ADB-enheter. Beskrivningen nedan grundas således huvudsakligen på uppgifter om de av huvudmannen centralt administrerade registren för hälso- och sjukvård. Dessa kan grovt hänföras till följande verksamhets-

områden: medicinsk service, vårdadministration (i vid bemärkelse) och hälsokontroller. Det förekommer register med patient-administrativa funktioner även i omsorgsverksamheten och folk-tandvården.

Användning av datorer i sjukvården började i slutet på 1950-talet då man utnyttjade tekniken mest på laboratorier för att samla in signaler och bearbeta dessa till kända mätvärden. Den här typen av databehandling, signalbehandling, har utnyttjats också inom t.ex. intensivvård, tolkning av EKG osv. och är det område inom sjukvården där datorerna använts mest och hittills med störst framgång. Inom dessa områden har man ganska lätt kunnat visa på rationaliseringsvinster och en väsentligt ökad kvalitet på den medicinska informationen, som datorsystemen erbjuder.

Syftet med de medicinska serviceregistren är dessutom att administrera beställningar hos röntgenavdelningar och laboratorier av provtagningar. Systemen beräknar, analyserar och sammanställer undersökningsresultaten samt lagrar och skriver ut svarsrapporter över dessa. Registren används också för verksamhetsuppföljning eller statistik och innehåller vanligen uppgifter om patientens persondata och diagnos, medicinska analysvärden, tolkningsresultat e.d. ADB-system för blodcentraler utgör en registrering av blodgivare för kallelser, men skall också kunna användas för beredskapsändamål.

Två tredjedelar av alla register kan sägas innebära vårdadministration, i begreppets vidare bemärkelse, för slutna eller öppna vård. I denna grupp finns register som ersätter eller kompletterar den vanliga journalföringen, men också register för helt andra ändamål. Användningen av datorer för själva journalföringen har tidigare diskuterats i kapitel 7.

När man går igenom de olika registrens syften, som dessa uttryckts i registerbeskrivningar, får man en lång förteckning över avsedda användningsområden. Det är vanligt att ett register skall kunna fylla flera olika uppgifter eller kunna användas av personer med olika arbetsuppgifter, t.ex. primärt av vårdanknuten

personal i den patientvårdande verksamheten, men också för vetenskaplig-statistisk bearbetning av t.ex. läkare med intresse för forskning samt för vårdkonsumtionsanalyser eller studier av patientflödet av bl.a. administratörer på olika nivåer inom landstinget. Registren kan hänföras till någon eller några av följande huvudrubriker:

- vård och behandling, inkl. uppföljning och kontroll av patienter
- samordning av vårdarbetet genom integrering av patientuppgifter
- administration av patientlistor, tidbokning, väntelista och schemaläggning
- utvärdering, statistik och forskning beträffande vårdinsatser
- vårdorganisationsstudier beträffande patientflöde, vårdplatsutnyttjande och vårdkonsumtion
- ekonomisk-kamerala rutiner för utbetalning av bl.a. hemsjukvårdsbidrag, beräkning av patientavgifter, redovisning av patienters privata medel m.m.
- adressåtkomst till arkiv och mikrofilm.

De flesta landstingen har numera väl utvecklade patientadministrativa system (PAS), som vanligen samordnats med ett befolkningsregister för åtkomst av uppgifter om patienternas personnummer, namn, adress och civilstånd. Ibland lagras motsvarande uppgifter om maken eller maken. Ändringar av personuppgifterna aviseras automatiskt från folkbokföringens register.

PAS-rutinerna omfattar ofta besöksregistrering, väntelista och bokning, viss medicinsk registrering och in- och utskrivning. Registren framställer t.ex. patientlistor som behövs på de olika avdelningarna och för hänvisningsservice hos den centrala telefonväxeln m.m. De producerar vanligen också patientstatistiska data och rapporter till socialstyrelsen. PAS-systemen utgör således grunden i det som numera benämns landstingens patientdatabaser.

Databasen kan antingen bestå av ett huvudregister eller av flera sinsemellan hopknutna ADB-register (informationssystem). I Stockholms läns landsting har systemet redan byggts ut så långt att det i princip omfattar alla vårdinrättningarna. Det används i samordnande syfte. Målet är att snabbt ge en sammanfattande bild av patientens tidigare vårdkontakter oberoende av var någonstans i landstinget som denne söker vård. Huvudregistret innehåller därför personuppgifter, viktigare medicinska data, vårdtillfällensöversikt, diagnoser, vissa undersöknings- och analysresultat under begränsad tid samt vårdplaneringsupplysning.

Det tredje verksamhetsområdet där patientregister utnyttjas är i samband med allmänna eller riktade hälsokontroller. Vanligast förekommande är register för gynekologisk hälsokontroll. Registren har som huvudsyfte att administrera verksamheten, t.ex. skriva ut kallelser, svarsbrev och besökslistor, men också att utvärdera analysvar för klinisk uppföljning av positiva fall. De ersätter "vanlig" journalföring för alla individer med normalfynd och används dessutom till utvärdering, forskning och årlig statistik till socialstyrelsen. Den här typen av datasystem är också vanliga inom företagshälsovården och kan avse hälsokontroller med varierande inriktning på olika arbetsplatser. En annan sorts register, som förekommer i företagshälsovården, är de s.k. exponeringsregistren, dvs. register över arbetstagare som i sitt arbete exponerats för vissa kemiska ämnen eller andra miljöfaktorer.

De hittills nämnda huvudtyperna av patientregister utnyttjas, som redan sagts, i stor utsträckning även för vetenskapligt arbete även om den primära avsikten med dem är en annan. Vid sidan om den löpande vårdverksamheten finns också, som ett fjärde verksamhetsområde, register som enbart förs i samband med klinisk forskning. Dessa kan antingen vara helt lokala eller s.k. multicenterregister, dvs. register för ett visst projekt som utförs i samarbete mellan flera kliniker på olika sjukhus. Registerinnehållet varierar givetvis med forskningsprojektets inriktning och kan t.ex. omfatta behandlingsuppgifter som behövs för utvärdering av försök med nya metoder, apparater eller läkemedel.

10.3 De centrala registren

För produktion och publicering av statistik förs för hela riket vissa register hos centrala myndigheter. En del av dessa används också för en kontinuerlig bevakning av hälsoläget hos befolkningen eller för forskning i ett samhällsligt hälso- och sjukvårdsperspektiv, t.ex. epidemiologiska studier, rikstäckande undersökningar av vårdkonsumtion m.m. Några av registren är individrelaterade medan andra aidentifierats.

Det finns numera ganska många centralt förda register, som innehåller hälsouppgifter om enskilda. Miljödatanämnden har gjort en sammanställning av dessa i en år 1980 utgiven katalog (Epidemiologiska Informationskällor - en vägledning till register som kan utnyttjas i epidemiologiskt arbete). Register med direkt individrelaterade data fanns vid tiden för miljödatanämndens sammanställningsarbete på:

arbetarskyddsstyrelsen

riksförsäkringsverket

socialstyrelsen

statens bakteriologiska laboratorium

statens naturvårdsverk

statistiska centralbyrån

värnpliktsverket

Svenska Nationalföreningen mot Hjärt- och Lungsjukdomar

Studsvik Energiteknik AB.

De enskilda registrens syfte och innehåll beskrivs i den nämnda katalogen och redovisas därför inte här. Eftersom särskilt uppgiftslämnandet från hälso- och sjukvården till socialstyrelsens hälsoregister väckt debatt i massmedia kan det ändå finnas skäl att räkna upp just dessa och ange några av socialstyrelsens egna exempel på användning.

Socialstyrelsens patientregister

1. Patientstatistik (landstingens patientdatabaser)

- somatisk vård

- psykiatrisk vård

2. Missbildningsregister
3. Medicinskt födelseregister
4. Cancerregister (inkl. cancer-miljöregister)
5. Läkemedelsbiverkningsregister

Patientstatistiken (1) utgör underlag för i första hand sjukvårdsplanering och sjukdomsstatistik, men också för forskning.

Materialet har använts för att belysa risker med olika läkemedel och för studier i vilken utsträckning läkemedel förorsakat vissa sjukdomar. Utan patientstatistiken hade det t.ex. inte varit möjligt att belysa riskerna för blodpropp vid p-pilleranvändning. Man har vidare kunnat visa att omfattningen av psykiatrisk tvångsvård minskat kraftigt under senare år och att det finns stora regionala skillnader. Intressanta jämförelser mellan olika sjukvårdsområden har också kunnat göras beträffande ett antal sjukdomar.

Missbildningsregistret (2) inrättades 1964 som en följd av neurosedynkatastrofen och utgör ett varningssystem med avseende på förändringar i frekvensmönstret av missbildade barn.

I Värmland misstänktes för några år sedan att användning av fenoxysyror som bekämpningsmedel ledde till missbildningsfödselar, främst av ryggmärgsbråck. Genom användning av missbildningsregistret och gamla årsberättelser från Värmlands förlossningskliniker kunde visas, att det förelåg en förhöjning av frekvensen ryggmärgsbråck i nordvästra Värmland, men att denna ökning skett successivt sedan 40-talet då fenoxysyror ej användes.

Det medicinska födelseregistret (3), som började föras 1973, är i första hand ett forskningsregister. Registret innehåller uppgifter om kvinnan under graviditeten och om barnets hälsotillstånd under nyföddhetsperioden. Sedan år 1981 har även påförts information om förekomsten av grava funktionsstörningar hos barn och ungdom. Registret ger bl.a. möjligheter till analyser och information om sjukligheten under nyföddhetsperioden i relation till

olika bakgrundsfaktorer - främst vad beträffar graviditets- och förlossningsförloppet.

Misstanke väcktes 1970 att p-pilleranvändning före graviditet skulle leda till att barnet föddes med sjukdomen Mb. Down. Med hjälp av missbildningsregistret, medicinska födelseregistret, patientstatistiken och uppgifter från de cytogenetiska laboratorierna har man kunnat avvisa denna misstanke. För närvarande pågår en undersökning om bildskärmsterminalarbete medför hälso-risker för den gravida kvinnan och hennes barn.

Cancerregistret (4) inrättades 1958 och omfattar samtliga cancerfall som inträffar i Sverige. Registret ger information om cancersjukdomarnas förekomst, utbredning och utveckling. Det tjänar framför allt som ett efterfrågat basunderlag för den kliniska och epidemiologiska forskningen.

Cancer-miljöregistret utgör en samkörning av cancerregistret och statistiska centralbyråns folk- och bostadsräkning. Registret möjliggör forskning och utredningar om sambanden mellan cancersjukdomar och miljöfaktorer.

Nyligen har cancerregistreringen decentraliserats till sex sjukvårdsregionala cancerregister, som bearbetar och kodar anmälningarna inom regionen. Ett nationellt cancerregister kommer dock att finnas kvar för sammanställningar på ett enhetligt sätt av samtliga cancerfall inom riket.

Läkemedelsbiverkningsregistret (5) inrättades 1965 och innehåller inrapporterade fall av nya eller allvarliga biverkningar av läkemedel.

Rapportmaterialet ställs regelmässigt i relation till läkemedelsanvändningen. I en undersökning fann man t.ex. att ett blodsockersänkande medel gav fler biverkningar än ett annat, vilket ledde till avregistrering av det förstnämnda. Det senaste exemplet gällde ett antidepressivt läkemedel, som visade sig kunna framkalla en förslamningssjukdom.

10.4 Journalutredningens överväganden och förslag

Register och förteckningar över patienter förs i ökad utsträckning med hjälp av ADB-teknik. Den trenden väntas fortsätta. I den offentliga hälso- och sjukvården har registren hittills mest använts för vårdadministrativa uppgifter, en utveckling som under de senaste åren smittat av sig på de förhållandevis små vårdgivarna på det privata området. Nu för även en del privatläkare och privattandläkare sina patientförteckningar på data. I fortsättningen kommer troligen ADB att utnyttjas mer i själva vården. Detta har tidigare berörts i kapitel 7.

Ett vårdbesök i den moderna hälso- och sjukvården initierar omfattande administrativa åtgärder. Tider skall bokas in, väntelistor upprättas, kallelser, remisser, undersökningssvar sändas ut och avgifter debiteras osv. ADB anses av många ge en större effektivitet i det administrativa arbetet, men också en bättre service till patienterna. Inom ramen för DASIS-projektet har man försökt att jämföra kostnaderna mellan de datoriserade PAS-systemen och de manuella systemen. Jämförelsen, som enbart gällde öppenvård, gjordes mellan centrallasarettet i Eskilstuna och länssjukhuset i Skövde. Slutsatsen blir att de bägge systemen är ungefär likvärdiga från kostnadssynpunkt, men det framhålls samtidigt att datasystemen har en betydligt större utvecklingspotential.

Huvudmännen kan själva bäst bedöma vilken typ av dokumentation som behövs för administrationen av vården och hur rutinerna i samband härmed skall utformas. Det ligger i deras eget intresse att ta tillvara de effektivitets- och rationaliseringsmöjligheter som erbjuds, ett arbete som måste göras med utgångspunkt från lokala förutsättningar och behov. De känner också ett serviceansvar inför patienterna. Spri:s och DASIS:s olika utvecklingsprojekt syftar till att skapa beslutsunderlag till huvudmännens vägledning.

Journalutredningen anser, att datainspektionens tillsyn över ADB-användningen är tillräcklig och att det härutöver inte krävs någon statlig reglering beträffande den renodlat vårdadministrativa dokumentationen - vad denna skall innehålla, hur den skall föras osv. En följd härav blir, att inte heller andra förvaltningsmyndigheter bör få utfärda några bindande regler i dessa frågor. De nu gällande förteckningskraven i den slutna psykiatriska vården, omsorgsverksamheten, vid de enskilda vårdhemmen och på smittskyddsområdet har tillkommit av särskilda säkerhetsskäl och bör kunna gälla tillsviðare. Tidigare har påpekats (kap. 6 och 7) att det för vissa verksamheter där rättssäkerhetsintressena är särskilt uttalade, bl.a. vård med stöd av LSPV och smittskyddslagen, kan finnas ett behov av statliga regler om innehållet i och utformningen av journalerna, men att denna fråga bör tas upp i ett kommande lagstiftningsarbete om verksamheterna som sådana. Det synes lämpligt att bestämmelserna om förändret av särskilda förteckningar eller register över patienterna ses över vid samma tillfälle.

Journalutredningen har i kapitel 4 diskuterat integritetsfrågor i samband med dataregistreringen av patientuppgifter och därvid noterat, att de problem som kunnat iaktas i första hand tycks gälla den lokala/regionala nivån, medan de centrala registren bedömts vara ganska problemfria. Utredningen har bl.a. efterlyst en bättre balans mellan å den ena sidan kraven på effektivitet och säkerhet i verksamheten och, å den andra sidan, patienternas integritetsintressen. Sekretesslagen måste respekteras, vilket bl.a. synes förutsätta att de olika ADB-registrens användningsområden klarare analyseras och bestäms redan innan registren tas i drift. Systemen måste antingen 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 uppgiftslämnande. Om huvudmannen inrättar större terminalsystem måste dessa med andra ord förses med sekretesspärar, t.ex. i form av anrops-

signalering. En ytterligare säkerhetsåtgärd är att automatiskt registrera anropen och alla in- och utgående transaktioner (loggning).

Datalagen har till syfte att motverka otillbörligt intrång i den personliga integriteten. Efter nyligen införda ändringar (1982:446) skall den som ansvarar för personregister alltid ha en licens från datainspektionen. Utöver licensen krävs särskilt tillstånd om registret innehåller särskilt känsliga personuppgifter, vilket bl.a. gäller sjukdomar. Hälso- och sjukvårdshuvudmännens register för vård- och behandlingsändamål är dock undantagna från tillståndskravet. Däremot omfattas inte den hälso- och sjukvård som utförs inom försvaret eller hos kommuner (skolhälsovården) av samma undantag. Inte heller gäller tillståndsbefrielsen för den omsorgsvård som landstingen bedriver.

Majoriteten av de hittills inrättade ADB-registren förs "för vård- och behandlingsändamål", men i en vidare bemärkelse än när det gäller själva journalerna. Den administrativa användningen dominerar, men de utnyttjas också för statistik, forskning m.m. Till den delen avsikten klart är att dokumentera medicinska eller andra uppgifter för patientvårdande syften kommer journallagen att gälla. Datainspektionen tillståndsprövar inte längre alla huvudmännens ADB-register, vilket synes kunna aktualisera en del gränsdragningsproblem.

Journalutredningen föreslår, att huvudmännen i högre grad försöker att renodla registrens användningsområden, så att t.ex. rent administrativa uppgifter skiljs ut från den löpande medicinska verksamheten. Detta kan bl.a. bli nödvändigt eftersom huvudmannens dispens från tillståndskravet inte gäller sådana registerändamål. Register som primärt skall användas i samband med forskning omfattas inte heller av dispensen utan måste tillståndsprövas av datainspektionen liksom tidigare.

Sammanblandningen av registerändamål synes också kunna medföra rättsliga komplikationer i form av lagkonflikter mellan datalagen och journallagen. I datalagen (8 §) finns särskilda bestämmelser som avser att garantera att personuppgifter i personregister är riktiga och fullständiga, bl.a. åläggs den registeransvarige att rätta eller utesluta felaktiga uppgifter. Journallagen kommer, enligt vad som föreslagits i kapitel 9, att ange hur rättelser i patientjournaler skall genomföras och någon utplåning av de felaktiga uppgifterna tillåts inte. Bakgrunden är att detta skulle omöjliggöra en rättvis kontroll av vården. För att journaluppgifter helt skall kunna uteslutas krävs beslut härom av socialstyrelsen. Om ett sådant beslut inte föreligger, men huvudmannen ändå får kännedom om att viss dataregistrerad uppgift är oriktig, bör enbart rättelse kunna komma ifråga. En bärande tanke för journalutredningen är ju att samma regler skall gälla för alla journaler, oberoende av vilken dokumentationsteknik som används. Här måste alltså journallagen ha företräde, vilket kan innebära att en ändring i datalagen blir nödvändig. Frågan aktualiseras dock bara när det gäller de "äka" vårduppgifterna. För de mer administrativt betonade uppgifterna saknas bevarandemotivet, dvs. anknytningen till hälso- och sjukvårdens ansvarsregler, och dessa bör således följa samma principer som gäller för all annan ADB-användning.

11 UTBILDNING I JOURNALFÖRING

Journalutredningen har tidigare, bl.a. i samband med diskussionen om vilka befattningshavare som skall var skyldiga att föra journal, berört behovet av utbildning. Utredningen har vidare uttalat sig för förändringar som bättre tillgodoser patientens integritetsintressen och lagt fast vissa grundläggande krav på journalföringen (kapital 4 och 8). Det är rimligt, att de yrkesgrupper som åläggs att föra journal också får lära sig journalföringens grunder redan i sin grundutbildning liksom att utbildningen anpassas till den nya journallagen. Följande yrkesgrupper berörs:

arbetsterapeuter
barnmorskor
kuratorer
logopeder
läkare
optiker
psykologer
psykoterapeuter
sjukgymnaster
sjukhusfysiker
sjuksköterskor
tandläkare.

11.1 Allmänt om vårdyrkesutbildningarna

Allmänt sett har utbildningsnivån i samhället höjts avsevärt under 1900-talet. Utbildningskapaciteten på vårdområdet har utvecklats starkt under de senaste decennierna och numera finns särskilt anpassade utbildningsvägar för flertalet yrken inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen har samtidigt gått mot spe-

cialisering. Detta gäller i särskilt hög grad för läkarna. Även t.ex. sjuksköterskorna specialiserar sig, dels inom ramen för en gemensam grundutbildning, dels i form av olika påbyggnadsutbildningar.

Utbildningen av vårdpersonalen är i stor utsträckning en kommunal angelägenhet. Kommunerna - och då främst landstingen - svarar för huvuddelen av vårdutbildningarna på gymnasienivå och för därtill anknutna vuxenutbildningar samt även för s.k. medellång vårdutbildning på högskolenivå. Staten svarar direkt för vissa vårdutbildningar, bl.a. läkar- och tandläkarutbildningarna, och har indirekt - genom statsbidrag och fastställande av utbildningsplaner m.m. - ett visst inflytande över övrig vårddyrkesutbildning.

För läkare och andra personalkategorier bedrivs också en omfattande fortbildning och efterutbildning. Landstingen, men också staten, använder sig av sådan utbildning som planeringsinstrument med syfte att åstadkomma förändringar. Sålunda förekom statliga efterutbildningsinsatser för läkare och barnmorskor m.fl. i samband med utbyggnaden av möjligheterna till smärtlindring vid förlossning samt vid införandet av den nya abortlagen.

Utbyggnaden av hälso- och sjukvården har möjliggjorts genom att samhället också har ökat utbildningen till olika vårddyrken. Även andra stora förändringar än de kvantitativa har ägt rum. Den 1 juli 1982 genomfördes en ny vårdutbildning inom den kommunala högskolan. Därigenom inrättades tre allmänna utbildningslinjer: hälso- och sjukvårdslinjen, hörselvårdslinjen samt medicinska servicelinjen. Ett år senare tillkom en rehabiliteringslinje. Utbildningarnas innehåll har samtidigt förnyats, vilket kommer till uttryck i de olika läroplanerna. Numera anges t.ex. en god kommunikation mellan personal och patienter samt deras anhöriga som ett utbildningsmål. Genom olika åtgärder skall omotiverade skillnader mellan de olika utbildningarna jämnas ut. Exempelvis skall all utbildning inom högskolan knytas an till forskning.

11.2 Journalföringen i nuvarande utbildningar

Flertalet av de yrkesutövare, som kommer att åläggas en journalföringsskyldighet har utbildning på högskolenivå. Gemensamt för dessa utbildningar är att studiegången är bunden och att den inleds med teoretiska studier. I de olika utbildningsavsnitten varvas härfter den teoretiska undervisningen med praktisk tjänstgöring. Under utbildningens gång ges de kliniska inslagen med vård och behandling av patienter under handledning successivt större utrymme. En vanlig uppläggning är då att den studerande också får sköta alla andra göromål som berör "hans" patienter, t.ex. kontakter med anhöriga, journalskrivning, viss administration m.m.

För barnmorske-, läkare- och tandläkareutbildningarna anges journalföring som ett särskilt undervisningsmoment i respektive kursplan. Undervisningen omfattar en kortare teoretisk introduktion, som följs av praktiska tillämpningsövningar där de studerande t.ex. får skriva journal på varandra. Härfter får de handled undervisning i journalföring under de följande inslagen av klinisk tjänstgöring. Även arbetsterapeut-, logoped-, optiker-, sjukgymnast- och sjuksköterskeutbildningarna kan omfatta någon eller några föreläsningstimmar om "pappersarbetet": patientdokumentation, remissförfarande, underlag för arvodesersättning, sjukvårdsadministrativt uppgiftslämnande m.m.

För blivande tandläkare är det första klinikerbetet förlagt till kursen oral diagnostik, där bl.a. föreläsningar i journalföring ingår. För läkarstuderandena ingår journalundervisning som en viktig del i kursen klinisk propedeutik, som introducerar de kliniska studierna. Under medicinkursen som följer direkt efter eller är integrerad med kursen i propedeutik får läkarkandidaterna sedan ytterligare träning i journalskrivning. Den teknik som de studerande får lära sig under dessa två terminer får stor betydelse och blir grundläggande för läkarnas journalföring i Sverige. Professorerna i invärtes medicin har nyligen utarbetat en särskild journalmall med utförliga anvisningar för de

studerande, som nu prövas. Träningen i att skriva journal fortsätter sedan under alla följande kliniska kurser och läkarkandidaten får då möta de olika specialiteternas variationer av journalföring.

Ett gemensamt drag för alla vårddyrkesutbildningarna synes vara att man strävat efter att inordna den teoretiska undervisningen om dokumentationsmetoder m.m. i det kursavsnitt, som direkt förbereder för de studerandes första möte med den kliniska verksamheten. Avsikten är att den studerande i samband med patientbehandlingen parallellt skall tränas i att föra journal, vilket fullgörs under överinseende av någon ordinarie befattningshavare som är dennes handledare.

Utbildningsbakgrunden för kuratorer, psykologer, psykoterapeuter och sjukhusfysiker är något annorlunda. Dessa utbildningar efterfrågas för flera olika yrken eller inom andra delar av arbetsmarknaden än hälso- och sjukvården. I den teoretiska utbildningen för dessa yrkesgrupper ingår därför inte undervisning i journalföring. Om det förekommer praktisk tjänstgöring, t.ex. klientarbete efter psykologexamen för vinnande av legitimation som psykolog, och om tjänstgöringen förlagts till något verksamhetsområde inom hälso- och sjukvården får praktikanten en "egen" handledare. Det ankommer då på denne att ge den vägledning som behövs också beträffande journalföringen. Övriga befattningshavare får lära sig att föra journal på egen hand eller av arbetskamrater under sin första anställning. Man kan nog utgå från att deras allmänna utbildningsnivå eller erfarenheter från närliggande verksamhetsområden gett dem de elementära kunskaperna om hur man dokumenterar sitt arbete. Psykoterapeuter har vanligtvis erfarenhet av tidigare arbete som läkare, psykolog eller socionom och kan alltså i den egenskapen redan ha uppövat ett journalföringskunnande.

11.3 Journalutredningens överväganden och förslag

Journalföring är sedan gammalt en daglig arbetsuppgift för barnmorskor, läkare och tandläkare. Detta återspeglas i kursplanerna för dessa utbildningar. De övriga yrkesgrupperna får vanligen lära sig att dokumentera olika patientuppgifter under sina praktikperioder, men även dessas utbildningar kan ibland omfatta en eller ett par teorilektioner om journalföring. Kuratorer, psykologer och sjukhusfysiker får många gånger ingen utbildning alls i journalföring.

Journalutredningens förslag innebär att vissa angivna yrkesgrupper får ett självständigt ansvar för journalföring i sin yrkesutövning. De grundläggande kraven anges i den föreslagna journallagen, som på några punkter kan komma att fyllas ut med mer detaljerade föreskrifter eller allmänna råd av förvaltningsmyndigheterna. Även om berörd personal redan nu dokumenterar sin patientvårdande verksamhet kommer lagstiftning härom - rättsligt, psykologiskt och reellt - delvis att innebära ett nytt åliggande, som är förenat med disciplinära påföljder. Eftersom patientens intressen i sammanhanget särskilt betonas kan man också säga att utredningen markerar en ny syn på journalföringen. Från att utslutande ha varit en arbetsdokumentation för fackmän kommer journalens nya roll för säkerheten, förtroendet och den personliga integriteten i vården att ställa krav på bättre utbildning inom ämnesområdet.

Journalutredningens arbete får alltså vissa konsekvenser för utbildningen inom vårdsektorn. Journalföring utgör trots allt endast en av många viktiga färdigheter, som skall läras in under en begränsad studietid. Det synes därför inte motiverat med några större förändringar av utbildningsavsnittets omfattning. UHÄ och berörda linjenämnder bör dock tillse att det i grundutbildningen för alla de yrkesgrupper som i sitt arbete åläggs journalföringskyldighet förmedlas grundläggande kunskaper om regler och praxis till utveckling av en god standard på journalföringen. De stude-

rande bör inte bara få lära sig själva journalföringsmetodiken, vilka vårduppgifter som måste dokumenteras osv. Journalutredningen föreslår, att de i högre grad än hittills även ges kunskaper om den grundläggande etiken vid journalförandet. I undervisningen bör därför också tas upp frågor om sekretesslagstiftningen, patientintegriteten och kraven på ett sakligt korrekt men ändå lättbegripligt språk. Utbildningen kan lämpligen, liksom hittills, omfatta både teoretiska och praktiska moment.

Journalutredningen vill särskilt framhålla behovet av utvidgad undervisning om journalföring för de studerande inom arbetsterapeut-, logoped-, psykolog-, sjukgymnast- och sjuksköterskeutbildningarna. De nämnda grupperna har ju inte såsom t.ex. läkarna någon tradition på området att falla tillbaka på. Psykologerna har t.ex. nyligen ålagts av socialstyrelsen att föra journal och, enligt vad utredningen erfarit, har detta åliggande kommit att uppfattas som ganska betungande. Det kan dock samtidigt finnas anledning att varna för alltför ambitiösa planer. Utredningen har på annat håll understrukt, att journalen endast skall innehålla relevanta upplysningar som är av direkt betydelse för en god och säker vård.

Journalutredningen anser att kuratorer och sjukhusfysiker kan behöva få bättre kunskaper om de sjukvårdsspecifika dokumentationsprinciperna. Dessa gruppers utbildningsbakgrund är mer splittrad och utbildningsvägarna har inte anpassats enbart till hälso- och sjukvårdens behov. Landstingen bör inom ramen för den pågående internutbildningen kunna ge de stödåtgärder som behövs. Journalutredningen har av ekonomiska skäl inte ansett det möjligt att föreslå några mer omfattande efterutbildningsinsatser än de nu nämnda.

12 FÖRFATTNINGSFRÅGOR

I journalutredningens direktiv har gjorts en del uttalanden till vägledning i författningsfrågorna. Utgångspunkten skall vara att "de grundläggande bestämmelserna om skyldigheten att föra journal bör ges i lag" samt att "det bör eftersträvas en ökad enhetlighet av bestämmelserna", där "likartade bestämmelser så långt det är möjligt bör föras samman i en enda författning".

I direktiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagets inriktning (Dir 1984:5) anges regelförenklingar och åtgärder för att undanröja onödig byråkrati som ett mål. Detta sägs bl.a. innebära att myndigheternas regler bör bli färre, klarare och enklare samt att man bör få till stånd en bättre åtskillnad mellan bindande och icke-bindande regler.

12.1 Författningsläget

En viktig uppgift för journalutredningen har varit att systematisera och förenkla de redan gällande föreskrifterna och allmänna råden om journaler och journalföring. Utredningen har, som ett led i detta arbete, inventerat och sammanställt olika regler, som i något avseende berör journalområdet. Inventeringen har berört hundratala författningar som socialstyrelsen utfärdat under årens lopp och kan därför inte med säkerhet sägas vara fullständig i alla detaljer. Reglerna har redan redovisats i anslutning till diskussionen i de olika delfrågorna, men därvid har i någon mån gjorts ett urval för att inte tynga framställningen i onödan. En mer komplett författningsammansättning bifogas därför också som bilaga 2. Journalutredningen vill här bara allmänt kommentera nuläget.

Den författningsmässiga regleringen av journalerna och journalföringen har befunnits vara mycket splittrad. De regler som finns är spridda i en mängd olika författningar, som sinsemellan skiljer sig åt beträffande rättslig status och dignitet. Med rättslig status avses då i vilken utsträckning reglerna har bindande karaktär eller ej för den de riktar sig till, medan digniteten hör samman med normgivningskompetensen hos samhällsorgan på olika nivåer. Vissa regler riktar sig direkt till olika yrkesutövare, medan andra avser olika verksamhetsområden. I några fall är regleringen mycket knapphändig och i andra fall så omfattande och detaljrik att den nästan får en subtil karaktär. I vissa avseenden saknas regler där man skulle kunna vänta sig någon form av formell styrning, men å andra sidan finns exempel där man i den praktiska verksamheten följer gemensamma handlingsnormer utan att så uttryckligen krävs.

I journalutredningens arbete har aktualiserats många frågor som hör samman med de i grundlag och lag beslutade reglerna om offentlighet och sekretess. På lagnivån har hälso- och sjukvårdslagen, lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, folktandvårdslagen och arbetsmiljölagen angett en yttre ram för arbetet. Tillsynslagen intar en central plats i författningssystemet om patientens situation och hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden m.m. Lagen innehåller också flera föreskrifter om journaler och har följaktligen varit av särskilt stor betydelse för journalutredningen.

I förordningar, dvs. föreskrifter som meddelas av regeringen, återfinns flertalet regler om skyldigheten att föra journal samt några enstaka regler om journalens innehåll och förvaring. Lagstiftningsformen i dessa författningar uppvisar en del principiella skillnader, vilket troligtvis förklaras av att målgrupperna varierar och att reglerna tillkommit vid olika tidpunkter. Journalutredningen tycker sig ha funnit ett rent författningstekniskt behov av revidering redan av sådana regler som har denna dignitet.

Detta behov accentueras ytterligare om man också ser till förvaltningsmyndigheternas liknande föreskrifter. Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården och har i denna egenskap haft en mycket stark inverkan på utvecklingen inom sitt ansvarsområde. Denna styrning har åstadkommit på olika vägar, men vanligtvis formaliserats i "medicinalförfattningar" (före 1976: MF, senare: SOS FS) eller "råd och anvisningar" (numera "allmänna råd"). Regler som avser journaler eller andra typer av patientrelaterad dokumentation finns, såvitt journalutredningen kunnat utröna, i ett sextiotal av socialstyrelsens olika författningar. Även arbetarskyddsstyrelsen, skolöverstyrelsen och statens livsmedelsverk har utfärdat några författningar som berör frågor om journaler. När det gäller förvaltningsmyndigheternas föreskrifter finns stora brister i systematik och enhetlighet. Bindande och icke-bindande regler blandas eller korsas varandra och man kan därför inte alltid vara säker på vilken grad av styrning som åsyftats. Journalutredningen har funnit exempel på författningar och enskilda föreskrifter, vilkas rättsenlighet tycks kunna diskuteras.

12.2 Journalutredningens överväganden i författningsfrågor

Journalutredningen har i enlighet med direktiven försökt att förenkla och strama upp regelsystemet om journaler. På just hälso- och sjukvårdens område är dessutom förutsättningarna så varierande, att generella bestämmelser riskerar att medföra praktiska svårigheter och andra oönskade effekter. Utgångspunkten för journalutredningens överväganden i de olika delfrågorna har därför varit, att så långt som möjligt undvika detaljreglering. Även när det gäller bemyndiganden för förvaltningsmyndigheterna att utfärda kompletterande regler har utredningen varit restriktiv. Dessas normgivning kommer i huvudsak att bli av karaktären allmänna råd.

Journalutredningen har lagt fram förslag om en helt ny lag - lagen om patientjournaler - som är avsedd att ersätta merparten av de nu utspridda bestämmelserna. Härvid har gjorts en samman-

vägning av författningstekniska önskemål om en regelsammanföring och allmänna önskemål om en generell begränsning av normgivningen. Gemensamt för de lagstiftningsförslag, som slutligen framförts, är att de utgör minimikrav som trots allt måste garanteras av staten för att patienternas behov av grundtrygghet i medicinskt och rättsligt hänseende med säkerhet skall bli tillgodosedda. Från sådana utgångspunkter har det varit naturligt att i journallagen reglera alla berörda yrkesgrupper, liksom olika verksamheter eller olika typer av journaler på ett enhetligt sätt.

Journalutredningen har redan berört lagstiftningsfrågor i samband med övervägandena i sakfrågorna. Juridiskt innebär de olika förslagen också ställningstaganden i frågor om normgivningsmakten. Skyldigheten att föra journal och de grundläggande reglerna om hur journalföringen skall utföras kommer att bestämmas av journallagen gemensamt för all hälso- och sjukvårdspersonal. Några bemyndiganden för förvaltningsmyndigheterna att utfärda ytterligare föreskrifter i dessa frågor har inte föreslagits. De detaljregler som trots allt krävs avser främst vilka uppgifter journalerna skall innehålla i olika avseenden. Dessa regler kommer även framgent att hänföras till myndighetsnivån. Journalutredningen har gjort flera uttalanden till vägledning vid denna regelgivning i syfte att uppnå en mer distinkt gräns mellan föreskrifter och allmänna råd.

12.3 Författningsmässiga konsekvenser

Journalutredningen har uppmärksammat formella brister när det gäller bestämmelserna om personidentifierbart uppgiftslämnande till centrala/regionala patientregister och föreslagit att statsmakterna i grunden ser över författningsstödet på detta område. Förslaget medför ett författningsarbete inom regeringskansliet. Själva regelsammanföringen till journallagen innebär dessutom att vissa gällande föreskrifter i förordningar kan upphävas eller bör

omarbetas. Utredningen har begränsat de egna författningsförslagen till lagtexten. Följande bestämmelser synes vara berörda:

3 § 2) och 6 §	allmänna läkarinstruktionen
3 § 2) och 6 §	allmänna tandläkarinstruktionen
10 §	reglementet för barnmorskor
16 § 5)	stadgan om enskilda vårdhem
32 §	stadgan angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda
4 kap. 8 §	skolförordningen
32 §	livsmedelsförordningen.

Journallagen och de olika förslagen får annars flest konsekvenser för myndigheterna och deras regelverk. Författningsreformens förenklingseffekt måste därför värderas mot bakgrund av den samlade regelgivningen på olika nivåer. Särskilt socialstyrelsen kommer att beröras av ganska omfattande krav på författningsarbete, som innebär både upphävande, omarbetning och utarbetande av helt nya regler. Till stor del bör dock dessa åtgärder kunna samordnas med det författningsarbete som ändå pågår som en följd av översynsförordningens (1981:305) krav på regelförenklingar.

Följande centrala författningar, som utfärdats av socialstyrelsen, kan upphävas eller måste omarbetas i grunden:

- cirkulär angående uppgifter om nyfödda barns mognadsgrad (MF 1928-04-16).
- cirkulär angående tandläkares skyldighet att föra journal samt bevara röntgenbilder och modeller (MF 1964:101)
- kungörelsen angående läkares skyldighet att föra journal i öppen vård (MF 1965:108)
- cirkulär om journalföring m.m. vid enskilda vårdhem (MF 1970:46)
- cirkulär om utlämnande av tandläkarjournal till polismyndighet för identifieringsändamål (MF 1970:73)

- cirkulär om avfattande av (läkarintyg, läkarutlåtande) journaler m.m. (MF 1973:90)
- föreskrifter om barnmorskas skyldighet att föra journal m.m. rörande förlossning och missfall, som ägt rum annorstädes än på sjukhus (SOS FS 1976:81)
- anvisningar för journalföringen inom folktandvården (SOS FS 1977:94)
- anvisningar rörande journalföringen vid vissa ingrepp och undersökningar (SOS FS 1979:72)
- föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om det medicinska språket i bl.a. journaler, intyg och dödsbevis (SOS FS 1982:2)
- föreskrifter för psykologer om journalföring (SOS FS 1982:78).

Följande författningar kan upphävas delvis:

- allmän tillämpningskungörelse (SLV 1975:12)
- normalinstruktion för distriktssköterska (MF 1964:68)
- instruktion för distriktssköterska med utbildning i förebyggande mödravård m.m. (MF 1966:31)
- instruktion för läkare vid vårdhem, daghem, sysselsättningshem, inackorderingshem och elevhem för psykiskt utvecklingsstörda (MF 1971:90)
- föreskrifter för legitimerade optiker (SOS FS 1981:11).

Följande författningar berör frågor om uppgiftslämnande och bör i dessa delar hänföras till lag eller förordning:

- instruktion för skolläkare och skolsköterska i det allmänna skolväsendets hälsovård (SÖFS 1978:248)
- normalreglemente för dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande (MF 1968:86)
- cirkulär angående anmälan om läkemedelsbiverkningar (MF 1974:97)
- kungörelse om förebyggande och behandling av vissa överkänslighetsreaktioner (SOS FS 1977:2)

- allmänna råd om införande av nya formulär till journaler inom mödrhälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård (SOS FS 1981:52)
- föreskrifter om anmälan till cancerregistret (SOS FS 1982:69)
- allmänna råd beträffande landstingens patientdatabaser (SOS FS 1983:45).

Följande författning berör frågan om skyldigheten att föra journal och bör i denna delen hänföras till lag:

- kungörelse om skeppsapotek (SOS FS 1975:25).

Följande författningar bör på sikt ses över för att uppnå en klarare distinktion mellan bindande och icke-bindande regler:

- cirkulär med råd och anvisningar för spädbarnsvården å förlossningsanstalt (MF 1960:40)
- kungörelse om förvaring och utdelning av läkemedel vid enskilda vårdhem (MF 1970:47)
- cirkulär med anvisningar rörande inskrivningshandlingar m.m. enligt lagen (1967:940) angående omsorger om vissa utvecklingsstörda (MF 1972:61).
- kungörelse om läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningarna m.m. (MF 1974:83)
- cirkulär med råd och anvisningar för profylaktisk behandling mot uppkomst av RH-immunisering (MF 1975:6)
- kungörelse med föreskrifter rörande vaccinationsverksamhet (SOS FS 1976:76)
- kungörelse om färgsinnesundersökning (SOS FS 1977:77)
- anvisningar om förebyggande av brännskador vid kirurgisk diatermi m.m. (SOS FS 1977:87)
- föreskrifter om användningen av kateter i urinblåsan i vissa fall (SOS FS 1980:86)
- föreskrifter om anmälan till polismyndighet om hinder för innehav av skjutvapen (SOS FS 1981:1)
- kungörelse med föreskrifter m.m. om hälsoundersökning av sjöfolk (SOS FS 1982:21).

13 EKONOMISKA KONSEKVENSER AV UTREDNINGENS FÖRSLAG

Journalutredningen har haft i uppdrag att - inom ramen för oförändrade eller minskade resurser - se över den grundläggande patientdokumentationen. Det har därvid fallit sig naturligt att särskilt uppmärksamma förhållandena i den landstingskommunala hälso- och sjukvården, eftersom denna är så pass dominerande. Utredningens arbete utmynnar i en helt ny lag, som emellertid kommer att påverka hälso- och sjukvårdspersonalens arbete även i andra verksamheter.

Journalutredningen har tagit patientens intressen till utgångspunkt för arbetet och det är omtanke om dennes situation och rättigheter som ligger bakom alla förslagen. Ett annat mål har varit att minska detaljregleringen av landstingens verksamhet, dels därför att detta ålagts utredningen, men också därför att det visat sig att centrala styrmedel inte passar särskilt bra på journalområdet. Journalutredningen har vidare försökt att ta ett helhetsgrepp på all patientdokumentation - antingen det är fråga om vanliga journaler eller register. Utredningen har, som en följd av dessa grundläggande idéer om arbetet, kommit att få en inriktning mot "en minsta gemensamma nämnare".

Journalutredningen har under sitt arbete beaktat att förslagen skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade eller minskade resurser för staten, landstingen/kommunerna och enskilda. Journallagen och utredningens uttalanden i t.ex. integritetsfrågorna syftar allmänt till att strama upp journalföringen och arbetsrutinerna. I stor utsträckning utgör förslagen endast ett lagfästade av vad som kan betecknas som god journalföringssed, men

innehåller trots detta en del viktiga nyheter. Flera av paragraferna i journallagen har redan sina motsvarigheter i gällande författningar, varför förslagen i dessa delar också kan ses som författningstekniska omdispositioner. Andra är däremot helt nya. Journalutredningen har lagt ned stor möda på att rensa upp i alla olika författningar och har föreslagit en rad regelförenklingar. Dessa bör kunna medverka till att undanröja osäkerhet bland hälso- och sjukvårdspersonalen och onödiga låsningar för huvudmännen.

Ett av utredningens viktiga förslag är att betydligt fler yrkesgrupper än vad som nu är föreskrivet, skall åläggas i lag att föra journal. Detta skulle kunna tolkas så att staten lägger på landstingen nya uppgifter. Journalutredningen vill dock framhålla, att förslaget ansluter sig till gällande praxis och att huvudmännen således inte kommer att få några nya pålagor i form av personalinsatser för journalföring.

Ett annat viktigt förslag är en lagreglerad bevarandetid på minst tre år för journalerna. För landstingen innebär detta en avsevärt lägre nivå än vad man ändå tagit på sig. För privat verksamma läkare, psykologer och tandläkare innebär treårsregeln en klar nedjustering av nu gällande krav, medan den för några andra yrkesgrupper är ett helt nytt åliggande. Journalutredningen bedömer dock att bevarandekravet endast kommer att få marginell betydelse från kostnadssynpunkt för de senare.

Sekretesskravet om en skyddad förvaring gäller alla journaler oberoende av var de finns. Det innebär t.ex. att den som driver egen praktik kan behöva köpa ett arkivskåp som kan låsas, men förvaringen kan i och för sig ordnas också på annat sätt om säkerheten är likvärdig. På de flesta inrättningarna i den offentliga hälso- och sjukvården har man redan låsbara journalvagnar eller någon annan låsbar utrustning. Bestämmelsen i sig medför således inte automatiskt några nya utgifter.

Föreskriften om att journalhandlingar skall vara tydliga och läsbara är inte heller något åläggande, som behöver påverka kostnadsutvecklingen för vårdgivarna. Bakgrunden är i första hand uppgifternas betydelse för kontrollen av vården. Bestämmelsen berör således inte frågan om skrivmaterielets arkivbeständighet. Eftersom valet av dokumentationsmetod är fritt påverkas t.ex. inte behovet av läkarsekreterare. Däremot har utredningen kommit fram till att ett generellt krav på genomläsning och signering av journalutskrifter skulle bli tidskrävande och därigenom kunna få följder för personalbemanningen. Något förslag härom förs därför inte fram av journalutredningen, trots att det eljest skulle kunna vara motiverat.

Journalutredningen har allmänt uttalat sig för en större frihet för vårdgivarna när det gäller metoder, tekniker, blankettutformning m.m. för journalföringen. De kompletterande regler till journallagen, som förvaltningsmyndigheterna bemyndigas att utfärda, kommer i huvudsak att bli av karaktären allmänna råd. Journalutredningen bedömer därför att inte heller regelgivningen på myndighetsnivån kommer att medföra utgiftsökningar för dem som blir berörda av den.

Förslaget om en utvidgad möjlighet till journalförstöring kan innebära att antalet ärenden hos socialstyrelsen ökar något. Det är emellertid fråga om marginella förändringar, som utredningen förutsätter kan klaras av den personal som redan finns. Detsamma gäller det ganska omfattande författningsarbete som journallagen initierar. En stor del av detta arbete skall dock ändå utföras till följd av andra ålägganden.

Journalutredningen anser sammanfattningsvis, att den samlade effekten av de framlagda förslagen blir oförändrade kostnader för journalhanteringen hos alla berörda parter. Om det över huvud taget uppstår kostnadsförändringar, tycks egentligen mer tala för en besparingseffekt än tvärtom. Den ytterligare administrativa belastning, som eventuellt kan uppkomma för myndigheterna eller hälso- och sjukvårdens huvudmän, är liten.

14 SPECIALMOTIVERING TILL DEN FÖRESLAGNA LAGEN OM
PATIENTJOURNALER

I förslaget till lag om patientjournaler har journalutredningen sammanfört de bestämmelser på journalområdet, som bedömts nödvändiga för att tillförsäkra patienterna en grundtrygghet i medicinskt och rättsligt hänseende. Utredningen har tidigare (kap. 12) redovisat sina överväganden i författningsfrågorna. I det sammanhanget har också redogjorts för de följder för andra författningar, som journallagen bedöms medföra.

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.

I första stycket ges en definition av journalbegreppet. Såsom närmare framgår av den allmänna motiveringen är den vanliga journalen egentligen en samling av fristående handlingar. Huvudparten av dessa har upprättats i direkt samband med vården, men en del kan också ha kommit in från andra vårdinrättningar eller från andra myndigheter, t.ex. försäkringskassan. Samlingen, som initialt består av en enda handling, benämns patientjournal och beståndsdelarna journalhandlingar. Distinktionen har betydelse vid tillämpningen av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om

allmänna handlingar och som en grund för de följande paragraferna i journallagen.

I hälso- och sjukvården tillämpas olika organisatoriska förvaringslösningar för patientdokumentationen. Patientjournaler förs vanligen klinikvis, men dessutom används ofta särskilda journaler på enheter för medicinsk service eller av vissa yrkesgrupper. I primärvården kan t.ex. distriktsläkarna och distriktsköterskorna föra en gemensam journal, alternativt att respektive yrkesgrupp har en egen journal för sig. Det kan således finnas flera journaler om en och samma patient på ett sjukhus eller en vårdcentral. Begreppet samling avser handlingarna i varje sådan journal och inte den totala mängden journaler om samma patient.

Den i bisatsen gjorda bestämningen "enskild patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden" är densamma som i sekretesslagen. Vad som menas med personliga förhållanden får, enligt förarbetena till sekretesslagen, bestämmas med ledning av vanligt språkbruk. Uttrycket avser att klargöra att patientjournaler inte endast behöver innehålla rent medicinska uppgifter. Lagen omfattar således även den dokumentation om patienter som t.ex. kuratorerna upprättar.

Journalutredningen har i de grundläggande avgränsningsfrågorna valt att utgå från den s.k. tillsynslagen, vilket framgår av andra stycket. I denna lag har kretsen av hälso- och sjukvårdspersonal och vårdbegreppet definierats. Den valda laganknytningen medför en begränsning till dokumentation av hälso- och sjukvårdspersonal av uppgifter om individuellt inriktad vård. Dokumentation om miljöinriktade åtgärder eller hälsouppllysning för grupper på en arbetsplats eller en hel skolklass betraktas t.ex. inte som journaler.

Journalföring aktualiseras i hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda. Lagen kommer därvid att gälla vårdverksamheten som sådan, således oberoende av om den utförs under offentligt eller privat huvudmannaskap. Förutom landstingens hälso- och sjukvård berörs därför även journaler på t.ex. enskilda vårdhem, företagshälsovårdscentraler och hos läkare, tandläkare m.fl. som har egna mottagningar på heltid eller som bisyssla. Detsamma gäller flera andra områden där hälso- och sjukvårdspersonal är verksamma med patientvårdande uppgifter, t.ex. i skolhälsovården, kriminalvården, förbandssjukvården eller vid institutioner som hör till socialtjänsten.

Journallagen avses vara "teknik-neutral", vilket kommer till uttryck i definitionen av begreppet handling. Definitionen är densamma som i 2 kap. 3 § tryckfrihetsförordningen, vilket medför att regleringen av journalföringen i den privata hälso- och sjukvården får samma innehåll som i den offentliga. Med handling avses 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. Röntgenfilm, EKG-kurvor och fotografier är också journalhandlingar. Lagens bestämmelser gäller både konventionella journaler och journaler på andra informationsbärande medier.

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.

Paragrafen anger övergripande mål för och krav på journalföringen. Utgångspunkten skall enligt första stycket vara patienternas intresse av en god och säker vård. Vad som avses härmed har utförligt diskuterats i bl.a. prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslagen. Utöver kravet att journalen skall vara en tekniskt välfungerande informationskälla bör den också medverka till en förtroendefull vårdmiljö.

Journalutredningen har genomgående lyft fram olika integritetsaspekter på journalhanteringen. Själva journalförandet skall givetvis också bygga på respekt för patientens integritet, varmed bl.a. förstås att patienten skall behandlas med aktning. En grundläggande princip är således att uppgifterna vilar på ett korrekt underlag och inte är av nedsättande eller kränkande karaktär. Hänsyn till patienten kan allmänt förutsätta en återhållsamhet när det gäller uppgifter om dennes privatliv. Kravet kan även medföra andra begränsningar, t.ex. vid användningen av videoteknik i den psykiatriska vården.

Kravet på tydlighet och läsbarhet i andra stycket innebär för journalhandlingar av traditionell typ att handstilen måste vara läslig om uppgifterna inte skrivs ut på maskin. Innebörden av det språkliga kravet är dels, att journaler allmänt skall skrivas på ett sätt som enskilda förstår dels, att helt främmande språk inte kan godtas i svenska journaler. Endast vedertagna förkortningar får användas.

Paragrafen har karaktären av målbestämmelse. En ADB-upptagning är t.ex. inte direkt läsbar utan kräver tekniska hjälpmedel för att den skall kunna uppfattas. En röntgenbild kan inte alltid bli tydlig och än mindre "läsbar" för den som inte är medicinskt sakkunnig.

Journaler skall primärt kunna användas som ett arbetsmaterial i vårdarbetet. Möjligheterna att i alla lägen använda svenska ord och uttryckssätt begränsas därvid av att allmänspråket helt enkelt saknar synonymer med ett lika distinkt begreppsnehåll som de olika fackuttrycken. Termer av latinsk eller annan utländsk härstamning måste accepteras när det saknas inhemska ord som är entydiga. Överenskommelsen om en gemensam nordisk arbetsmarknad för vissa yrkesgrupper på hälso- och sjukvårdens område medför att danska och norska bör godtas även vid journalförandet. En helt klanderfri språkbehandling kan för övrigt inte krävas av någon.

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.

Kravet på journalföring gäller generellt vid all individuell vård (jmf. 1 §), vilket bl.a. innebär att patienterna inte kan vara helt anonyma. Frivillig vård förutsätter att inte någon journalförs utan att vara patient. Däremot får individen - när han väl accepterat att vara patient - inte bestämma om journal över huvud taget skall föras eller innehållet i denna. För en god och säker vård krävs uppgifter till identifiering av patienten, vanligen namn och födelsedatum/personnummer.

I tillsynslagen definieras vilken personkrets som hänförs till hälso- och sjukvårdspersonalen. Huvudprincipen här är att sådan hälso- och sjukvårdspersonal som vunnit legitimation blir skyldiga att föra journal. Härmed jämställs läkare och tandläkare som har s.k. förordnandebehörighet. Detsamma gäller personal som anställs som logoped, psykolog eller psykoterapeut utan att ha legitimation och hänförs till hälso- och sjukvårdspersonalen enligt någon av punkterna 1 eller 2 i 1 § tillsynslagen. Som närmare framgår av den allmänna motiveringen anser journalutredningen, att även arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker som enligt samma punkter i tillsynslagen arbetar i hälso- och sjukvården skall åläggas att föra journal.

Innebörden av journalföringsskyldigheten är att uppgifter som är betydelsefulla för en god och säker vård av patienten skall dokumenteras. Åliggandet avser således inte dokumentation som behövs för andra ändamål. För en god vårdkvalitet krävs en kontinuitet i beskrivningen av patientens hälsotillstånd. Bestämmelsen medger en begränsning till väsentligheter, som bl.a. innebär att många normala resultat av olika rutinundersökningar, alldagliga råd eller eljest självklara uppgifter kan uteslutas.

I anslutning till olika anteckningar i journaler skall - förutom datum - anges journalförarens identitet och yrkeskompetens. Om journalen är bunden till en enda person är det tillräckligt om identifikationen redovisas överst på handlingen. Likaså kan det räcka med namnuppgift om kompetensen eljest framgår av omständigheterna. Detta gäller t.ex. sådana blanketter som utformats särskilt för en viss yrkesgrupp. Kravet på anteckning berör inte alls frågan om signering av journalutskrifter.

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.

Journallagen kan behöva kompletteras med ytterligare föreskrifter. I paragrafen har därför föreslagits att regeringen bemyndigas att meddela sådana föreskrifter. Bemyndigandet innefattar ett medgivande för regeringen att i sin tur överlämna uppgiften till berörd myndighet när det gäller frågor om innehållet i och utformningen av journaler. I första hand torde socialstyrelsen och skolöverstyrelsen, var och en inom sitt fackområde, komma i fråga. Myndigheternas regler skall endast kunna utfärdas som föreskrifter, dvs i tvingande form, när säkerheten i vården så kräver. Längre gående bemyndiganden kan förekomma i olika specialförfattningar när dokumenterandet syftar till att fylla andra behov än för vård och behandling.

Offentlighet och sekretess m.m.

5 § Om rätten att ta del av journalhandlingar i det allmänna verksamheten finns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen.

Bestämmelser om offentlighet och sekretess när det gäller journaler i den offentliga vårdsektorn finns inte i denna lag. Paragrafen innebär en hänvisning till de berörda lagarna.

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).

Paragrafen har av författningstekniska skäl flyttats hit från tillsynslagen. Första stycket motsvarar 9 § 2 st., andra stycket motsvarar 10 § och tredje stycket 43 § 1 st. tillsynslagen. Någon saklig förändring har inte genomförts. Texten har dock förtydligats på ett par punkter. Bestämmelsen gäller också i privattandvården, vilket nu uttryckligen anges. Uttrycket "avskrift eller kopia" förekommer numera i bl.a. tryckfrihetsförordningen och har därför använts även här.

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.

Bestämmelsen har flyttats över från 11 § respektive (tredje stycket) 43 § 2 och 3 st. tillsynslagen. Härvid föreslås att den tidigare gällande begränsningen till journaler som förvaras inom hälso- och sjukvården skall upphävas. Detta har utförligt behandlats i den allmänna motiveringen. Beslut om förstöring kan avse samtliga journalhandlingar, vissa utvalda handlingar eller enstaka uppgifter i en handling - oberoende av var de förvaras.

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 allmännas verksamhet finns det särskilda bestämmelser.

Paragrafen drar upp miniminivån beträffande journalbevarandet och innebär en nedjustering av gällande krav för privat verksamma läkare, psykologer och tandläkare. För övrig hälso- och sjukvårdspersonal, som berörs av 3 §, är det fråga om ett nytt åläggande. Bestämmelsen behövs för en säker vård och för att säkerställa ett komplett och rättvisande material i tillsyns- och ansvarsärenden. Valet av bevarandetid kommenteras utförligt i den allmänna motiveringen.

Andra stycket utgör en påminnelse om att de landstingskommunala huvudmännen i övrigt själva äger besluta om bevarande och gallring av de egna journalarkiven. Innan någon gallring kan påbörjas måste således alltid huvudmannen ha fattat beslut härom. Detta framgår av hänvisningen i 12 § hälso- och sjukvårdslagen till 3

kap. 10 § 3 st. kommunallagen och den fortsatta hänvisningen där till 2 kap. 27 § samma lag. De landstingsvisa gallringsplanerna torde som regel komma att innebära, att en stor del av journalerna skall bevaras under längre tid än tre år. Paragrafen förhindrar gallringsbeslut beträffande journalhandlingar som är yngre än tre år, men ger i övrigt huvudmännen möjlighet till gallring i pågående journaler av material som saknar långsiktigt värde - s.k. plockgallring.

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.

Förvaringsbestämmelsen har utformats efter förebild av 51 § socialtjänstlagen (1980:620) och innebär, att endast personer som har ett legitimt intresse härav, t.ex. för sitt arbete i vården, skall kunna bereda sig tillgång till journalhandlingar. När journaler lämnas obevakade skall de förvaras inlåsta i journalvagn, arkivskåp eller under likvärdig kontroll. ADB-system måste förses med motsvarande säkerhetspärar.

Krav på anteckning om datum och mottagare gäller vid alla utlämnanden av journalavskrifter eller journalkopior, således inte bara när handlingen skickas till en helt annan myndighet utan även när den tillställs en kollega på en annan klinik eller mottagning.

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.

Föreskriften innebär att samma krav kommer att gälla vid ändringar och rättelser antingen det är fråga om allmänna handlingar eller ej. Även på det privata vårdområdet skall således beaktas

att rättelser av journaltext måste utföras så att den felaktiga uppgiften är klart avläsbar. Som otillåten utplåning av grundtexten anses när det gäller konventionella handlingar fullständig överstrykning, målning eller radering och - beträffande olika tekniska medier - därmed jämförbara ingrepp på mekanisk eller elektronisk väg. Förbudet mot utplåning kan innebära rättsliga konflikter med datalagen, särskilt beträffande ADB-register som redan inrättats. Journalutredningen har föreslagit att de registeransvariga i högre grad skall renodla registrens användningsområden. Utredningen har också påpekat att datalagen kan behöva ändras.

Bestämmelsen skall tolkas med utgångspunkt från tryckfrihetsförordningen och den rättspraxis som utvecklats i anslutning till denna. Frågan om när en handling skall anses upprättad (och därmed allmän) kommer således att aktualiseras även i den privat anordnade 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.

Det i paragrafen anvisade förfarandet skall tillämpas så länge journalen bevaras, vilket är minst tre år (8 §). Utplåning kan också vara legitim, som framgår av hänvisningen till 7 §.

Den föreslagna lagen beräknas kunna träda i kraft den 1 juli 1985. Författningsmässiga konsekvenser har redovisats tidigare (kap. 12). Journalutredningen avger också förslag om vissa upphävanden i tillsynslagen. Punkt 1 övergångsbestämmelserna till denna lag, som reglerar tillhandahållandet på det privata vårdområdet av journalhandlingar som tillkommit före den 1 juli 1980, bedöms vara överflödigt när bevarandeplikten inskränkts på föreslaget sätt.

SÄRSKILT YTTRANDE

av Viking Falk

Jag kan såsom företrädare för socialstyrelsen i journalutredningen inte ansluta mig till utredningens uttalade mening vad beträffar innebörden av det i 1980 års sekretesslag intagna begreppet "självständig verksamhetsgren". I anslutning härtil vill jag anföra följande.

I propositionen till 1980 års sekretesslag förutsåg föredragande departementschefen att tolkningen av begreppet "självständig verksamhetsgren" skulle komma att bereda myndigheterna svårigheter i den praktiska tillämpningen av lagens bestämmelser. De olika meningar som gjorts gällande om innebörden av detta begrepp inom hälso- och sjukvården bär syn för sägen. Sålunda har å ena sidan JO och Landstingsförbundet gjort gällande att varje sjukhusklinik, vårdcentral etc. skall betraktas som en självständig verksamhetsgren. Socialstyrelsen å andra sidan har hävdad, att hälso- och sjukvårdsverksamheten vid varje sjukhus, vårdcentral etc. är att anse som en självständig verksamhetsgren och exempelvis den administrativa verksamheten vid ett sjukhus som en annan sådan verksamhetsgren.

Journalutredningen har förordat den av JO och Landstingsförbundet hävdade åsikten i denna fråga. Detta innebär emellertid att vid det nödvändiga utbytet t.ex. mellan två kliniker på samma sjukhus av för den enskilde patientens vård erforderliga uppgifter rörande denne (t.ex. uppgifter om tidigare genomgången behandling) måste den i sekretesslagen föreskrivna sekretessprövningen ske. Emellertid har journalutredningen insett, att en sådan prövning i varje särskilt fall skulle leda till en icke önskvärd byråkratisering

i ofta brådskande situationer. Utredningen har därför föreslagit att patienten själv skall tas med i beslutsprocessen. När det föreligger ett behov av informationsutbyte rörande patienten - t.ex. mellan två sjukhuskliniker - skall detta kunna genomföras på grundval av patientens muntliga samtycke vid vårdtillfället.

Jag har svårt att inse att denna konstruktion står i full överensstämmelse med sekretesslagens bestämmelser. Enligt lagen skall den som har de sekretesskyddade uppgifterna om hand utföra den föreskrivna sekretessprövningen, då fråga uppkommit om uppgifternas utlämnande. Rimligen måste det också vara till denne som - i detta fall - patienten lämnar det samtycke, genom vilket sekretesskyddet efterges. Journalutredningens förslag däremot innebär, att patienten skall lämna sitt samtycke till att sekretessen hävs till den som begär att få ta del av uppgifterna om honom. Om det integritetsskydd för patienten, som utredningen genom sitt ställningstagande anser sig befrämja, skall bli till något annat än en ren fiktion, måste patienten äga kännedom om de uppgifter om honom, som finns samlade i den journal, som begärs utlämnad, och kunna bedöma om ett utlämnande av dessa uppgifter kan lända honom till men. Denna bedömning saknar patienten möjlighet att göra ju avlägsnare i tiden journalanteckningarna i fråga är gjorda. Möjligheten för honom att granska dem är också mindre, om journalen finns i förvar på någon annan klinik än den vid vilken patienten vid det aktuella tillfället behandlas.

Journalutredningen har också påpekat att ett samtycke från patienten att utlämna uppgifter från dennes journal inte omfattar i samma journal ingående uppgifter om annan person. För den skull har utredningen föreslagit, att känsliga uppgifter rörande tredje man inte skall få föras in i patientjournalerna.

Jag delar helt utredningens uppfattning att patientens samtycke inte gäller i fråga om ev. uppgifter rörande tredje man. Emellertid kan tillgång till sådana uppgifter vara nödvändiga för att kunna bereda patienten adekvat vård. Detta gäller exempelvis inom

den psykiatriska vården och många gånger vid den medicinska behandlingen av barn. Hur man skall kunna göra en korrekt avvägning mellan en uppgifts känslighetsgrad och behovet av samma uppgift i vårdarbetet har utredningen inte diskuterat. Det måste i detta sammanhang framhållas, att det många gånger kommer att bli vanskligt för den som för journal att avgöra om vissa uppgifter rörande tredje man är så känsliga, att de inte skall tas in i journalen. Det är härvid inte journalförarens uppfattning som till sist är det intressanta, utan hur den som uppgifterna gäller upplever dem.

Utredningen har också hävdat att, om man erhållit patientens medgivande till att lämna ut journaluppgifter - oavsett om dessa gäller patienten själv eller tredje man - blir en sekretessprövning i praktiken onödig, förutsatt att man kontinuerligt i anslutning till införandet av uppgifter i journalen tar ställning till uppkomna sekretessproblem, d.v.s. att man i förväg bedömer om viss uppgift är av den karaktären att den inte får lämnas ut.

Jag kan inte biträda detta synsätt, som på sitt sätt innebär ett återinförande av förtroendesekretessen, ett rättsligt institut som slopades i och med att gällande sekretesslag trädde i kraft. Det ligger i den nuvarande sekretessregleringen att frågan om utlämnande av viss sekretesskyddad uppgift inte skall avgöras generellt och för all framtid utan prövas från fall till fall, då frågan om ett utlämnande av uppgiften blivit aktuell.

Givetvis är jag fullt införstådd med vikten av att patienterna tillförsäkras ett fullgott integritetsskydd i hälso- och sjukvården. Jag anser emellertid att socialstyrelsens tolkning av begreppet "självständig verksamhetsgren" tillgodoser patienternas berättigade krav i detta hänseende utan den ordning med byråkratiskt krångel, som kanske formellt men inte reellt förbättrar skyddet för patienternas integritet, som utredningen ställt sig bakom. Jag vill härvid hänvisa till socialstyrelsens allmänna råd om sekretess (Allmänna råd från socialstyrelsen, 1982:4), i vilka

styrelsen kraftigt betonat, att det förhållandet att informationsutbytet mellan klinikerna i princip är fritt inte innebär att patientuppgifter kan få cirkulera hur som helst inom sjukhuset. Styrelsen har förutsatt att det fria informationsutbytet skall vara begränsat till sådana uppgifter som oundgängligen behövs, för att patienten skall kunna få adekvat vård. Journalutredningen har motiverat sin ståndpunkt i förevarande tolkningsfråga framför allt med behovet av ett säkert integritetsskydd för patienterna i psykiatrisk vård. Det bör då framhållas, att den som har journaluppgifterna om hand alltid - om han finner det motiverat - har möjlighet att vägra lämna ut de begärda uppgifterna utan föregående sekretessprövning.

BILAGA 1 UTREDNINGSDIREKTIVEN

Tilläggsdirektiv med följande lydelse beslutades av regeringen den 13 november 1980.

"De regler om skyldighet att föra journal som finns f.n. avser dels olika yrkesutövare enligt instruktioner för dessa (läkare, tandläkare m.fl.), dels befattningshavare inom hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden (bestämmelser i sjukvårdskungörelsen (1972:676) och stadgan om enskilda vårdhem (1970:88), inom skolhälsovård m.m.). Bestämmelserna har utfärdats av regeringen, socialstyrelsen och, för skolans del, av skolöverstyrelsen efter samråd med socialstyrelsen. I vissa fall förs journaler utan direkt författningsföreskrift.

Enligt föreskrifter i 3 § 2) allmänna läkarinstruktionen (1963:341) åligger det varje läkare - antingen han är i allmän tjänst eller enskilt utövar läkaryrket - att i sin verksamhet i öppen vård föra journal i den omfattning och på de sätt i övrigt som socialstyrelsen föreskriver. Motsvarande bestämmelser för tandläkare återfinns i allmänna tandläkarinstruktionen (1963:666). Regler om skyldighet för barnmorska att föra s.k. förlossningsjournal finns i 10 § reglementet (1955:592) för barnmorskor. Glasögonoptiker skall enligt socialstyrelsens instruktion för dessa (1976:75) föra journal rörande sin verksamhet, t.ex. i form av kortregister, vilket skall innehålla uppgift om kundens namn och födelseid, läkarens ordination, av optikern utförda undersökningar och deras resultat samt om utlämnande av glasögon. Socialstyrelsen har i 27 § normalreglemente för mödra- och barnhälsovården (MF 1969:39) skrivit in skyldighet att i sådan verksamhet föra journal.

Enligt bestämmelser som utfärdats av skolöverstyrelsen efter samråd med socialstyrelsen, åligger det skolläkare att tillse att hälsokort förs för varje skolans elev.

Vid sjukhusvård gäller enligt föreskrift i 31 § sjukvårdskungörelsen att överläkare åligger att se till att föreskrivna eller eljest behövliga journaler m.m. förs. Enligt 39 § samma kungörelse får socialstyrelsen meddela föreskrifter om journaler m.m. och fastställa blanketter till de formulär som erfordras. Sådana bestämmelser har meddelats beträffande lasarett för psykiatrisk vård. Beträffande enskilda vårdhem gäller enligt 16 § stadgan om enskilda vårdhem m.m. att vårdhemsläkare åligger att se till att av socialstyrelsen föreskriven journal förs vid hemmet och förvaras där.

Författningsföreskrifter om vad en journal skall innehålla är få och knapphändiga. För den sjukhusbundna somatiska vården finns inga föreskrifter i detta avseende. Socialstyrelsen har meddelat bestämmelser i en kungörelse om journalföring i öppen vård (MF 1965:108) och om journaler vid enskilda vårdhem (MF 1970:46).

Journal i öppen vård skall - där inte särskilda omständigheter föranleder annat - innehålla (1) patientens namn och födelsetid (2) datum för konsultationer, (3) uppgifter angående anamnes (anamnes = sjukdoms förhistoria), utförda undersökningar och deras resultat samt behandlingsåtgärder, i den mån de är erforderliga för bedömning av patientens hälso- och sjukdomstillstånd samt (4) uppgifter om utfärdade remisser och intyg som har samband med vården.

Socialstyrelsen har i ett cirkulär (MF 1973:90) om avfattande av läkarintyg, läkarutlåtande, journaler m.m. meddelat vissa ytterligare anvisningar angående journalföring. Bestämmelserna tar huvudsakligen sikte på att fästa läkarens uppmärksamhet på att för patienten kränkande eller nedsättande omdömen inte bör tas in i intyg, utlåtande eller journaler.

Inom hälso- och sjukvården förekommer - förutom patientjournalerna - ytterligare patientdokumentation som saknar någon entydig författningsreglering. En viss överblick över de handlingar som förekommer ges i de allmänna råd om gallring i vissa medicinska arkiv som f.n. är föremål för översyn.

Olika rutiner gäller för patientdokumentation mellan olika sjukvårdsområden men ibland också mellan kliniker på samma sjukhus. Detta gäller både journaler och andra patientuppgifter. Även dokumentationsmetoderna varierar. Fortfarande gäller dock till övervägande del att konventionella journaler förs. Förutom de klinikvis förda journalerna förekommer på några håll i landet försök med enhets- och samlingsjournaler, som omfattar information från flera kliniker (motsv.). Videoteknik och bandupptagningar har kommit att användas alltmer inom vården. Inom sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) pågår fortlöpande projektarbeten avseende journalhantering och journalutveckling. En grundjournal har utarbetats som kommit att användas i stor utsträckning inom vården.

I växande utsträckning används emellertid mikrofilmning inom hälso- och sjukvården. Spri har efter utredning gett utrekommendationer till sjukvårdshuvudmännen beträffande mikroarkivering av patientjournaler baserade på kostnadsberäkningar som visar att denna typ av arkivering är ett förmånligt alternativ. Datorteknikens användning inom hälso- och sjukvården har hittills haft begränsad omfattning. Denna tekniks användningsområden är dock fortlöpande föremål för utredning och överväganden.

Inte heller när det gäller sättet för förvaring av journalerna finns normalt centralt utfärdade föreskrifter, utan det ankommer på de enskilda sjukhusdirektionerna att besluta om detta. Förvaringen sker både i primärarkiv vid klinikerna och vid centralarkiv för hela sjukhus.

För all dokumentation inom hälso- och sjukvården gäller att den omfattas av tryckfrihetsförordningens och sekretesslagstiftningens bestämmelser om offentlighet och sekretess. Journaler och annan dokumentation inom den allmänna hälso- och sjukvården utgör allmänna handlingar enligt tryckfrihetsförordningen. En journal anses upprättad - och är därmed allmän handling - så snart den färdigställts för anteckning och införing. För uppgifter inom vården gäller dock bestämmelser om ett omfattande sekretesskydd för den enskilde och hans nära anhöriga. Genom den nya sekretesslag (1980:100) som riksdagen beslutat om och som träder i kraft den 1 januari 1981 förstärks den enskildes integritetsskydd inom hälso- och sjukvården ytterligare bl.a. genom att sekretesslagens bestämmelser kommer att gälla även mellan och inom myndigheter och genom att sekretessen i princip endast kan brytas genom föreskrifter om uppgiftsskyldighet i lag eller förordning. För datajournaler gäller därutöver datalagstiftningens bestämmelser om sekretess.

Medicinalansvarskommittén har i sitt huvudbetänkande Hälso- och sjukvårdspersonalen (SOU 1978:26) lagt fram förslag om att patienterna under vissa förutsättningar skall ha rätt att få sina journaler helt eller delvis förstörda. Enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen har patienten fr.o.m. den 1 juli 1980 fått denna rätt.

Medicinalansvarskommittén har vidare behandlat patientjournaler ur olika aspekter. När det gäller skyldigheten att föra journal konstaterar kommittén att förhållandena motiverar en översyn av hela det rådande systemet med hänsyn främst till integritetsintressen och att det bör göras en genomgång och ett försök att samordna reglerna för i vilka fall och av vem journal skall föras. Skäl föreligger enligt kommittén för att de grundläggande reglerna om skyldighet att föra journal alltid ges författningsstöd. Översynen bör omfatta all dokumentation, underrättelse till andra myndigheter, patientregister osv. och även avse olika dokumentationsmetoder. Kommittén konstaterar dock att de organisatoriska förhållandena på sjukvårdsområdet är så olika att en samordning inte kan komma till stånd men förutskickar att situationen kan bli en annan när hälso- och sjukvårdsutredningen lagt fram förslag till ramlagstiftning på hälso- och sjukvårdens område utgående från en helhetssyn på hälso- och sjukvården. När det gäller innehåll och utformning av journalerna konstaterar kommittén att en reglering i lagform knappast är möjlig. I prop. 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. instämde föredragande statsrådet i kommitténs överväganden och förordade att en översyn av bestämmelserna om patientjournaler och andra dokumentationsformer borde övervägas sedan hälso- och sjukvårdsutredningen avslutat sitt arbete. Riksdagen har beslutat i enlighet härmed (SOU 1979/80:16, rskr 1979/80:130).

Patientjournalen är ett centralt dokument inom hälso- och sjukvården. Syftet med gällande bestämmelser om journaler m.m. är i första hand att tillgodose patienternas intresse av en god och säker vård. Journalen ger således den enskilde yrkesutövaren

möjligheter att följa egnas och andras tidigare diagnoser och behandlingsåtgärder. Samhället får samtidigt möjlighet att kontrollera kvaliteten i yrkesutövningen. Under senare tid har även forskningens intresse av journalmaterialet betonats bl.a. för att förebygga sjukdomar och skador inte minst inom den yrkesmedicinska verksamheten och inom företagshälsovården. Patienten har emellertid också ett starkt intresse av att personliga uppgifter om honom inte sprids obehörigen. Det förhållandet att inom den moderna sjukvården allt mer används olika nya dokumentationsmetoder såsom band- och videoupptagningar, fotokopiering, datateknik och mikrofilmning försvårar kontrollen över spridningen.

Gällande bestämmelser om skyldighet att föra journal är begränsade till ett fåtal personalgrupper och vissa verksamhetsformer inom hälso- och sjukvården. Endast vissa minimiuppgifter skall antecknas i journalen. Regler saknas för hur en journal skall vara utformad och vilka andra dokument som skall föras inom hälso- och sjukvården. Detta gäller även frågan om hur journaler m.fl. handlingar skall förvaras. De bestämmelser som finns är svårtillgängliga och spridda i författningar utfärdade på olika nivåer och av olika organ.

En översyn bör därför ske 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. Översynen bör leda till förslag om vilka befattningshavare som skall vara skyldiga att föra journal, i vilka situationer skyldighet skall föreligga och inom vilka verksamhetsformer journal skall föras. Översynen bör omfatta även de övriga handlingar om patienterna som behövs inom hälso- och sjukvården såsom patientliggare, patientregister och uppgifter om patient till annan myndighet. Översynen bör också omfatta vad journalen bör innehålla och hur journalen bör vara utformad. Av särskilt intresse är att belysa möjligheterna att förenkla och förbilliga journalhanteringen, t.ex. med ändamålsenliga administrativa rutiner eller med användande av modern teknik. Utgångspunkten bör vara att de grundläggande bestämmelserna om skyldigheten att föra journal bör ges i lag. Vid översynen bör eftersträvas en ökad enhetlighet av bestämmelserna. Så långt det är möjligt bör likartade bestämmelser föras samman i en enda författning.

Översynen bör ske i nära samarbete med Spri. Vidare bör hållas fortlöpande och nära kontakt med Landstingsförbundet. I fråga om dokumentation inom skolhälsovården bör samråd ske även med Svenska kommunförbundet. Under översynsarbetet bör kontakt också tas med försvarets sjukvårdsstyrelse och värnpliktsverket.

F.n. ses bestämmelserna om gallring av de medicinska arkiven över av en särskild utredare (S 1980:3). Att utföra den förordade översynen bör ges som ett tilläggsuppdrag till den särskilda utredaren.

Vissa praktiska frågor har uppkommit i samband med användningen av olika nya metoder för dokumentation, rörande förvaringsrutiner, rutiner för fotokopiering och utlåning av journaler, diktering av journaler och rättelse, ändring eller förstöring av journal, t.ex. hur förstöring eller ändring av en mikrofilmad journal praktiskt skall ske. Frågan om vem som ansvarar för riktigheten av införda anteckningar i journaler och om varje införd uppgift skall signeras av behandlande läkare diskuteras ofta bland den berörda personalen. Den ökande användningen av diktafoner i journalhanteringen vållar också problem både vad gäller komprimering av journaltexten och ansvaret för rättelser eller ändringar i den utskrivna texten. I dag saknas en enhetlig reglering av dessa frågor vilket vållar osäkerhet bland personalen framför allt med hänsyn till patienternas integritets- och rättssäkerhetsintressen. I den utsträckning det visar sig möjligt och lämpligt bör översynen också omfatta dessa och liknande frågor. Utredaren bör under översynsarbetet ta del av de erfarenheter som förekommande försöksverksamheter med problemorienterade patientjournaler bl.a. på sammordiskt initiativ kan ha givit.

Med hänvisning till vad jag här har anfört hemställer jag att regeringen beslutar om tilläggsdirektiv till utredningen om gallring av medicinska arkiv m.m. i enlighet med vad jag nu har anfört."

BILAGA 2 SAMMANSTÄLLNING AV FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD OM
PATIENTDOKUMENTATION OCH REGISTER

Nummer	Rubrik
MF 1928-04-16	Cirkulär angående uppgifter om nyfödda barns mognadsgrad
SFS 1955:592	Reglemente för barnmorskor
" 1957:632	Kungörelse om cancerregister
MF 1960:40	Cirkulär med råd och anvisningar för spädbarnsvården å förlossningsanstalt
SFS 1963:341	Allmän läkarinstruktion
" 1963:666	Allmän tandläkarinstruktion
MF 1963:92	Normalinstruktion för distriktsbarnmorska
" 1964:68	Normalinstruktion för distriktssköterska
" 1964:101	Cirkulär angående tandläkares skyldighet att föra journal samt bevara röntgenbilder och modeller
" 1965:108	Kungörelse angående läkares skyldighet att föra journal i öppen vård
SFS 1966:585	Kungörelse angående tillämpningen av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, m.m.
MF 1966:31	Instruktion för distriktssköterska med utbildning i förebyggande mödravård m.m.
SFS 1968:146	Stadga angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda
" 1968:234	Smittskyddskungörelse
MF 1968:85	Kungörelse om register över smittbärare
" 1968:86	Normalreglemente för dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande
SFS 1970:88	Stadga om enskilda vårdhem m.m.

MF	1970:1	Cirkulär med råd och anvisningar för blodtransfusioner
"	1970:46	Cirkulär om journalföring m.m. vid enskilda vårdhem
"	1970:47	Kungörelse om förvaring och utdelning av läkemedel vid enskilda vårdhem
"	1970:73	Cirkulär om utlämnande av tandläkarjournal till polismyndighet för identifieringsändamål
SFS	1971:235	Skolförordning
"	1971:807	Livsmedelsförordning
MF	1971:90	Instruktion för läkare vid vårdhem, daghem, sysselsättningshem, inackorderingshem och elevhem för psykiskt utvecklingsstörda
"	1972:8	Cirkulär om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål
"	1972:69	Cirkulär med anvisningar rörande inskrivningshandlingar m.m. enligt lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda
"	1972:69	Cirkulär om klinisk prövning av läkemedel på människa utan samband med sjukdomsbehandling
"	1973:2	Cirkulär med anvisningar i fråga om förfarandet för att säkerställa tillgånen på nekronjuror för transplantationsändamål
"	1973:3	Cirkulär med råd och anvisningar angående förfarandet vid Rh-immunisering av frivilliga givare i syfte att skapa tillgång till immunglobulin anti-D för profylaktisk behandling av vissa nyförlösta kvinnor m.fl.
"	1973:90	Cirkulär om avfattande av (läkarintyg, läkarutlåtande) journaler m.m.
"	1974:83	Kungörelse om läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningarna m.m.
"	1974:97	Cirkulär angående anmälan om läkemedelsbiverkningar

MF	1974:100	Cirkulär med anvisningar om tillämpningen av abortlagen (1974:595) m.m.
SFS	1975:190	Transplantationslag
SLV	1975:12	Allmän tillämpningskungörelse
MF	1975:6	Cirkulär med råd och anvisningar för profylaktisk behandling mot uppkomst av Rh-immunisering
"	1975:12	Cirkulär med föreskrifter om förfarandet vid rättsmedicinsk obduktion m.m.
"	1975:25	Kungörelse om skeppapotek
"	1975:115	Cirkulär med föreskrifter om verkställigheten av steriliseringslagen (1975:580)
"	1975:122	Transplantationslagen (1975:190) jämte socialstyrelsens därtill utfärdade anvisningar
SOS FS	1976:2	Cirkulär med råd och anvisningar för stelkrampsprofylax
"	1976:76	Kungörelse med föreskrifter rörande vaccinationsverksamhet
"	1976:81	Föreskrifter om barnmorskas skyldighet att föra journal m.m. rörande förlossning och missfall, som ägt rum annorstädes än på sjukhus
SFS	1977:1160	Arbetsmiljölölag
SOS FS	1977:2	Kungörelse om förebyggande och behandling av vissa överkänslighetsreaktioner
"	1977:77	Kungörelse om färgsinnesundersökning
"	1977:87	Anvisningar om förebyggande av brännskador vid kirurgisk diatermi
"	1977:94	Anvisningar för journalföringen inom folk-tandvården
"	1978:80	Kungörelse med anvisningar till stadgan om enskilda vårdhem m.m.
SÖFS	1978:248	Instruktion för skolläkare och skolsköterska i det allmänna skolväsendets hälsovård
SOS FS	1979:62	Kungörelse med allmänna råd om den medicinska bedömningen av rätt till havandeskapspenning m.m.

SOS FS	1979:72	Anvisningar rörande journalföringen vid vissa ingrip och undersökningar
"	1979:76	Kungörelse med allmänna råd om den medicinska bedömningen av rätt till föräldrapenning för tillfällig vård av barn
"	1979:106	Kungörelse med föreskrifter om blod- och urinprovtagning för alkoholbestämning m.m.
AFS	1980:12	Kungörelse om etylenoxid och propylenoxid
"	1980:13	Kungörelse om anlåtande av minderåriga i arbetslivet
SOS FS	1980:21	Kungörelse rörande rätt för vissa barnmorskor att föreskriva läkemedel, som används i födelsekontrollerande syfte
"	1980:80	Föreskrifter om åtgärder för att förhindra förväxlingar inom sjukvården
"	1980:81	Kungörelse med allmänna råd om diagnostik av höftledsluxation på förlossningsavdelningar och barnvårdscentraler
"	1980:86	Kungörelse med föreskrifter om användningen av kateter i urinblåsan i vissa fall
AFS	1981:6	Kungörelse om isocyanater
SOS FS	1981:1	Föreskrifter om anmälan till polismyndighet om hinder för innehav av skjutvapen
"	1981:11	Föreskrifter för legitimerade optiker
"	1981:52	Allmänna råd om införande av nya formulär till journaler inom mödrahälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård
"	1981:100	Föreskrifter för tandsköterskor och tandhygienister samt för tandläkare vid anlåtande av tandsköterska och tandhygienist
AFS	1982:1	Kungörelse om medicinsk kontroll vid blyarbete
SOSFS	1982:2	Föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om det medicinska språket i bl.a. journaler, intyg och dödsbevis
"	1982:8	Föreskrifter om markering i journal av intolerans och allvarlig överkänslighet mot läkemedel m.m.

- SOS FS 1982:13 Allmänna råd om diagnostik av och förebyggande åtgärder mot rubellainfektion
- " 1982:21 Kungörelse med föreskrifter m.m. om hälsoundersökning av sjöfolk
- " 1982:69 Föreskrifter om anmälan till cancerregistret
- " 1982:78 Föreskrifter för psykologer om journalföring
- " 1982:79 Föreskrifter och allmänna råd om fullgörandet av landstingskommunernas anmälningskyldighet till socialstyrelsen i fråga om vissa skador och sjukdomar som inträffat i hälso- och sjukvården
- AFS 1983:14 Kungörelse om kvarts
- SOS FS 1983:7 Allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom psykiatrisk verksamhet
- " 1983:9 Föreskrifter och allmänna råd för ökad säkerhet i samband med analgesi och anesthesi vid odontologiska ingrepp
- " 1983:45 Allmänna råd beträffande landstingens patientdatabaser
- " 1983:69 Föreskrifter om rapportering av vårdtillfällen enligt lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV)
- AFS 1984:6 Kungörelse om asbest
- SOS FS 1984:3 Allmänna råd om diagnostik, behandling och registrering av karies på approximalytor samt rutiner för överföring av patient till annan tandläkare
- " 1984:12 Allmänna råd om införande av nytt formulär till hälsokort inom barnhälsovården

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
2. Värdepappersmarknaden. Fi.
3. Domstolar och eko-brott. Ju.
4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
8. Näringstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
13. Samordnad narkotikapolitik. S.
14. RF 10:5. Ju.
15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
16. Förvärv i god tro. Ju.
17. Sveriges internationella transporter. K.
18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
21. Förenklad självdeklaration. Fi.
22. Panträtt. Ju.
23. Folkbibliotek i Sverige. U.
24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
25. Ny konsumentköplag. Ju.
26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
29. Ny Banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. Fi.
30. LÅS MERA! U.
31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
33. Handla med tjänster. Ud.
34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
42. Att förebygga skador - ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
43. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom - ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen - Boendemiljö - Arbetsmiljö - Arbetslöshet - Kost. Underlagsstudie. S.
45. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. S.
46. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. S.
47. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. S.
48. Länsjukvården - möjligheter till förändring. Underlagsstudie. S.
49. Hälsa - vård - Samhällsekonomi - Sysselsättning. Expert-rapport. S.
50. Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. S.
51. Datateknik och industriell förnyelse. I.
52. Svensk sydafrikapolitik. Ud.
53. Föreningarnas radio. U.
54. Tvångsmedel - Anonymitet - Integritet. Ju.
55. I rätt riktning. A.
56. Folkkräkten i krig. Fö.
57. Kommunerna i totalförsvaret. Fö.
58. Invandrar- och minoritetspolitiken. A.
59. Näringsförbud. Ju.
60. Generell permutation av donationsbestämmelser. Fi.
61. I stället för kärnkraft. I.
62. Med sikte på nedrustning. Ud.
63. Homosexuella och samhället. S.
64. Psykiatri, tvånget och rättssäkerheten. S.
65. Via satellit och kabel. U.
66. Den allmänna rättshjälpen. Ju.
67. Cancer-orsaker-förebyggande m.m. S.
68. Samordnad samhällsinformation. C.
69. Säker elförsörjning. I.
70. Staketmetoden. Fi.
71. Värnplikten i framtiden. Fö.
72. Fastighetsbildning 3. Plangenomförande genom inlösenförrättning. Ju.
73. Patientjournalen. S.

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringsstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11]
2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]
Tvängsmedel – Anonymitet – Integritet. [54]
Näringsförbud. [59]
Den allmänna rättshjälpen. [66]
Fastighetsbildning 3. Plangenomförande genom inlösenförrättning. [72]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]
Svensk sydafrikapolitik. [52]
Med sikte på nedrustning. [62]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndformer. [10]
Folkrätten i krig. [56]
Kommunerna i totalförsvaret. [57]
Värnplikten i framtiden. [71]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälsa- och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39]
2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. [44] 7. Invandrarna i hälsa- och sjukvården. Underlagsstudie. [45] 8. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. [46] 9. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsouppläsning. [47] 10. Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie. [48] 11. Hälsa – vård – Samhällesekonomi – Sysselsättning – Expertrapport. [49] 12. Personal för framtidens hälsa- och sjukvård. Underlagsstudie. [50]
Homosexuella och samhället. [63]
Psykiatri, tvånget och rättssäkerheten. [64]
Cancer-orsaker-förebyggande m m. [67]
Patientjournalen. [73]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27]. 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]
Generell permutation av donationsbestämmelser. [60]
Staketmodellen. [70]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]
Föreningarnas radio. [53]
Via satellit och kabel. [65]

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiska produkter. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]
I rätt riktning. [55]
Invandrar- och minoritetspolitiken. [58]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande, Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande, Del 2. [36]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]
Datateknik och industriell förnyelse. [51]
I stället för kärnkraft. [61]
Säker elförsörjning. [69]

Civildepartementet

Samordnad samhällsinformation. [68]

KUNGL. BIBL.
1984-09-20
STOCKHOLM



 **Liber**
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-08442-2
ISSN 0375:250X