Socialutskottets betänkande 1985/86:26

om patientjournaler m. m.

SoU
1985/86:26

Sammanfattning

I betänkandet behandlas fyra motioner som rör olika frågor om dokumentation av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Två motioner (fp, c) tar upp bestämmelser i patientjournallagen, nämligen dels det s. k. signeringskravet, dels bevarandetiden för journaler. En motion (s) tar upp registrering av vissa uppgifter rörande minderåriga barn och en motion (fp) skriftliga levnadsskildringar inom långvården.

Utskottet föreslår att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört beträffande rättelse av vissa registeruppgifter rörande barn. Övriga motionsyrkanden avstyrks.

Utskottets fp- och c-ledamöter reserverar sig beträffande en omprövning av patientjournallagens bestämmelser om skyldighet att signera journalanteckning. Utskottets c-ledamöter reserverar sig även beträffande bevarandetiden för journalhandlingar.

Motionsyrkanden

I motion 1985/86:So408 av Rosa Östh (c) hemställs

1. att riksdagen hos regeringen begär att socialstyrelsen får i uppdrag att infordra synpunkter från ett antal sjukhus, varefter lagen bör omprövas i berört stycke,
2. att riksdagen hos regeringen begär att i avvaktan på lagens omprövning dispens beviljas från signeringstvånget.

I motion 1985/86:So413 av Christina Flink (s) hemställs att riksdagen hos regeringen anhåller om åtgärder så att tillämpningen av folkbokföringsförordningen sker så att vårdnadshavare eller av denna utsedd person utses till sökperson för minderårigt barn.

I motion 1985/86:So444 av Ingrid Hasselström Nyvall (fp) och Agne Hansson (c) hemställs

1. att riksdagen beslutar som sin mening ge regeringen till känna behovet av att noga följa upp konsekvenserna av patientjournallagen,
2. att riksdagen beslutar att patientjournaler skall bevaras i tio år.

I motion 1985/86:So448 av Ingrid Ronne-Björkqvist (fp) och andre vice talman Karl Erik Eriksson (fp) hemställs

1 *Riksdagen 1985/86. 12 saml. Nr 26*

1. att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som i motionen anförts angående skriftlig levnadsskildring för vissa långvarigt sjuka på vårdinrättningar,

2. att riksdagen hos regeringen anhåller att åtgärder vidtas så att författningsmässig tveksamhet vid hanteringen av skriftlig information om patienterna undanröjs.

Signering av journalanteckning

Motionerna

I *motion So444 av Ingrid Hasselström Nyvall (fp) och Agne Hansson (c)* hemställs att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna behovet av att noga följa upp konsekvenserna av patientjournallagen (*yrkande 1*). Motionärerna anför att lagen skapar onödig pappersexercis. Särskilt bestämmelsen att läkaren skall läsa igenom och signera journalanteckningar har medfört ökad tidsåtgång. Den medför också att det tar längre tid innan en journal kan läggas in i arkivet. Om en patient återkommer snabbt eller journalen skall sändas på remiss kan det uppstå svårigheter att finna handlingarna, vilket kan vara till men för patienten. Det finns således anledning att noga följa upp konsekvenserna av den nya lagstiftningen.

I *motion So408 av Rosa Östh (c)* behandlas också signeringstvånget. Motionären hemställer att riksdagen hos regeringen begär att socialstyrelsen får i uppdrag att infordra synpunkter från ett antal sjukhus, varefter lagen bör omprövas i berört stycke (*yrkande 1*) samt att riksdagen hos regeringen begär att i avvaktan på lagens omprövning dispens beviljas från signeringstvånget (*yrkande 2*). Motionären anför att tidsåtgången för genomläsning och signering av journaler naturligtvis varierar men att relativt säkra uppskattningar visar att det tar 15–20 minuter och upp till en halv timme extra arbetstid per dag. Till detta skall läggas allt extraarbete för arkivpersonal och sekreterare. Tidigare sorterades en journal in på sin plats så snart den var färdigskriven. Nu måste journalen bäras till läkarens tjänsterum eller annan anvisad plats för genomläsning och signering och kan, beroende på läkarens tjänstgöringsförhållanden, bli liggande i flera dagar. Detta betyder att ett ojämförligt mycket större antal journaler än tidigare inte är på sin plats. Motionären anför att svårigheter att i ett akut läge få tillgång till journalen kan medföra allvarliga konsekvenser för patienten.

Gällande bestämmelser

Patientjournallagen (1985:562) antogs av riksdagen våren 1985. Den trädde i kraft den 1 januari 1986. I lagen har samlats de grundläggande bestämmelserna om patientjournaler inom hälso- och sjukvården. Krav ställs på journalernas utformning, innehåll och hantering. Lagen innehåller också bestämmelser om vilka som är skyldiga att föra journal, bl. a. alla yrkesgrupper för vilka gäller föreskrifter om legitimation. I lagen finns också bestämmelser om minsta bevarandetid för journaler m. m.

Med patientjournal avses enligt 2 § en samling av upprättade eller

inkomna journalhandlingar med uppgift om en enskild persons hälsotillstånd och andra personliga förhållanden samt andra uppgifter som rör vården av patienten. Också intyg som utfärdas över vård och behandling betraktas som journalhandling. Lagen gäller all individinriktad vård av patienter inom hälso- och sjukvården. Patientjournal skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter (1 § första stycket).

Enligt 3 § skall patientjournalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Journalen skall, om uppgifterna föreligger, innehålla uppgift om patientens identitet, om bakgrund till vården, om diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, om vidtagna och planerade åtgärder samt om vem som gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

Enligt 3 § fjärde stycket skall en journalanteckning om inte synnerligt hinder möter signeras av den som svarar för uppgiften.

Socialstyrelsen har i december 1985 utfärdat *föreskrifter och allmänna råd till patientjournallagen* (SOSFS (M) 1985:28). I råden anges bl. a. när journal skall föras, sättet för införande av uppgifter, signering m. m.

Socialstyrelsen har för avsikt att under 1986 ge ut mer omfattande allmänna råd om tillämpningen av lagen.

Beträffande signering anges i de hittills utkomna allmänna råden följande.

Signeringen skall göras av den som svarar för anteckningen i patientjournalen. Signeringen innebär att vederbörande läst igenom vad som intagits och kontrollerat att innehållet stämmer. Signeringen bör självfallet ske på ett sådant sätt att den kan tydas och härledas till en viss person.

När journaluppgifter förs på data kan det förekomma att någon skriftlig handling inte finns när anteckningen görs och skall signeras. I det fallet kan signeringen ske genom att envar journalföringsansvarig vid genomläsning och kontroll av uppgifterna på en dataskärm slår in en särskild kod. Vid en utskrift av en sådan patientjournal bör denna kodbeteckning som motsvarat en signering medtas.

Signeringen bör göras så snart som möjligt efter det anteckningen införts i patientjournalen. Tidsfristen beror på förhållandena i det enskilda fallet. I vissa fall, t. ex. vid ordination av läkemedel eller journalanteckningar som behövs inför en akut operation, kan det av hänsyn till patientsäkerheten vara nödvändigt att såväl anteckning som signering görs omgående. I andra fall kan en längre tidsfrist godtas. I vart fall bör signeringen ske senast inom en vecka efter det anteckningen infördes eller två veckor från det anteckningen dikterades eller först skrevs ner för införing i journalen.

Enligt huvudregeln skall anteckningar i en patientjournal signeras. I lagen anges att undantag härifrån får ske om "synnerligt hinder" möter. Med detta uttryck avses mycket speciella situationer, där det är omöjligt eller förenat med stora praktiska svårigheter att få signeringen utförd inom rimlig tid. Detta kan t. ex. vara fallet om en läkare lämnat sin tjänst när signeringen skall ske och inte längre är anträffbar. Med rimlig tid i dessa fall avses normalt ca två veckor.

Kan en signering inte ske bör i stället om möjligt tillses att annan person med erforderlig medicinsk kompetens läser igenom innehållet och om möjligt försöker kontrollera detta. Denna person skall dock inte själv svara för signeringen. I stället bör en anteckning om genomläsningen göras, t. ex. "tagit del, A. Svensson, överläkare".

Utskottet har vid en hearing med företrädare för socialstyrelsen inhämtat kompletterande uppgifter i ärendet.

Tidigare behandling

I propositionen till patientjournallagen (prop. 1984/85:189) föreslogs inte någon bestämmelse om signering. Regeln i 3 § fjärde stycket tillades vid riksdagsbehandlingen i enlighet med förslag i motioner.

Propositionen till patientjournallagen byggde på journalutredningens huvudbetänkande (SOU 1984:73) Patientjournalen. I det betänkandet anfördes (s. 170) att man av säkerhetsskäl ansåg att det vore önskvärt att införa ett generellt krav på genomläsning och signering av varje journalanteckning. Utredningen ansåg sig dock på grund av kostnadsskäl och givna direktiv förhindrad att lägga fram ett sådant förslag.

I propositionen anfördes (s. 19) att det på sjukhus och andra större vårdinrättningar numera är regel att den som för journal dikterar journaluppgifterna, som sedan skrivs ut på maskin av en läkarsekreterare. Ibland läser journalföraren igenom utskriften och brukar då signera uppgifterna som en bekräftelse på att de blivit korrekt införda. Kontrolläsning tycks dock snarare vara undantag än regel. I propositionen anfördes vidare att även om kontrollsigneringen saknar betydelse för tillämpning av offentlighetsprincipen den ändå kan ha värde som bevis i t. ex. ett ansvarsärende. Fel eller förväxlingar i samband med utskriften kan påverka förutsättningarna vid den fortsatta vården. Det fanns enligt propositionen flera allvarliga exempel på detta i ansvarsnämndens verksamhet. Kontrolläsning var därför enligt föredragande statsrådets uppfattning motiverad av säkerhetsskäl. Hon ansåg det dock av bl. a. praktiska och ekonomiska skäl inte vara möjligt att föreskriva en obligatorisk skyldighet för den som svarar för journalanteckningen att också signera denna. Socialstyrelsen borde enligt statsrådet ha möjlighet att överväga signeringskrav för vissa anteckningar i patientjournalen.

Vid riksdagsbehandlingen av förslaget till patientjournallag väcktes flera motioner om att regler om signering av journalanteckning borde tas in i patientjournallagen.

Utskottet tillstyrkte motionerna och förordade att en principiell skyldighet att signera journalanteckning skulle tilläggas i 3 § lagförslaget (SoU 1984/85:33 s. 9 f). I kravet på signering ligger, anförde utskottet, självfallet att den som signerar en anteckning bekräftar dess riktighet, dvs. han skall kontrollera innehållet så att han kan gå i god för det. Utskottet ville dock inte göra denna regel helt undantagslös. Det finns situationer då det är i det närmaste praktiskt omöjligt att uppfylla ett krav på efterföljande kontrolläsning. Dessa speciella undantagssituationer beaktades genom att signering inte behöver ske om det möter "synnerligt hinder". Härmed avsågs enligt utskottet mycket starka skäl, vilka skall föreligga i det konkreta fallet. Utskottet ansåg alltså inte att man kan acceptera ett generellt undantag för vissa typer av vård, t. ex. akutsjukvård, som nämndes i en av motionerna. Utskottet framhöll att det från säkerhetssynpunkt ofta finns skäl till särskilt noggranna journalrutiner inom akutsjukvården, där det kan vara fråga om

omfattande medicinska ingrepp med många olika personer inblandade i vården. Har den som gjort en journalanteckning inte möjlighet att själv kontrollera och bekräfta denna borde det enligt utskottet tillskapas rutiner för att säkerställa att i vart fall någon annan med erforderlig medicinsk kompetens läser igenom innehållet. I fråga om läkemedelsordinationer måste dock krävas att de alltid signeras av läkaren själv. Utskottet förutsatte att socialstyrelsen skulle utfärda närmare föreskrifter om signering av olika slag av handlingar.

Som grund för sitt ställningstagande anförde utskottet följande (SoU 1984/85:33 s. 9).

Utgångspunkten för patientjournallagen är att det skall finnas ett tillförlitligt underlag för den vård och behandling som ges patienten. Sådana regler som är av särskilt stor betydelse för patientens trygghet bör tas in i själva lagen. Till dessa viktiga regler måste enligt utskottets mening räknas ett krav på genomläsning av anteckningar som läggs till grund för behandlingsåtgärder och medicinering. Missförstånd och felskrivningar kan här bli ödesdigra. Utskottet har förståelse för att ett sådant krav i vissa lägen kan ge upphov till praktiska problem. Detta får dock inte hindra en regel som är så starkt motiverad av hänsyn till patientens säkerhet. Utskottet vill dessutom erinra om att signeringskrav i vissa fall redan finns inskrivet i andra författningar. I socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS[M] 1980:80) om åtgärder för att förhindra förväxlingar inom sjukvården – bakgrunden till föreskrifternas tillkomst framgår av beteckningen – finns sålunda regler om signering av läkemedelsordinationer i sluten vård. Om signering inte kan ske vid ordinationstillfället skall enligt föreskrifterna ordinationen i efterhand noteras i originalhandling och signeras.

Enligt utskottets mening bör det vara möjligt att utan alltför stora svårigheter utveckla rutiner där signering kommer in som ett naturligt led. All vård ges inte på stora akutsjukhus. På många håll torde ett signeringskrav inte innebära några egentliga problem. Att det kan bli nödvändigt att ändra vissa rådande rutiner på sjukhusen är ofrånkomligt med hänsyn till att dessa utformats utan hänsyn till krav på kontrolläsning och signering. Detta måste dock accepteras. Administrativa och ekonomiska hänsyn får inte skymma vad som är grundläggande krav på hälso- och sjukvården.

Riksdagen följde utskottet.

Bevarande av journalhandlingar

Motionen

I *motion So444 av Ingrid Hasselström Nyvall (fp) och Agne Hansson (c)* hemställs att riksdagen beslutar att patientjournaler skall bevaras tio år (*yrkande 2*). Enligt patientjournallagen skall en journalhandling bevaras i minst tre år. Motionärerna anför att en så kort bevarandetid kan vara negativ ur flera synpunkter, som t. ex. vid krav på skadestånd och ansvar, för att förstå tidigare behandling och ur forskningssynpunkt.

Gällande bestämmelser

I 8 § patientjournallagen anges att en journalhandling skall bevaras i minst tre år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva att vissa slags handlingar skall bevaras minst tio år. Här avses handlingar som behövs främst i tillsyns-, ansvars-, skadestånds- och ersättningsärenden samt för forskningsändamål. Tidsgränserna anger ett minimibevarande och utgör inte riktmärke för när gallring skall ske. Treårsregeln innebär att huvudmännen har möjlighet att tre år efter sista anteckning i en patientjournal gallra dokument som bedöms sakna betydelse ur vård-, rättssäkerhets-, forsknings- och ansvarssynpunkt.

Regeringen har den 17 april 1986 utfärdat en *förordning (1986:203) om förlängd bevarandetid för vissa journalhandlingar inom hälso- och sjukvården.* I förordningen anges att vissa handlingar skall bevaras i minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. De handlingar som skall bevaras är *dels* handlingar som rör patient vars sak prövats enligt vissa lagar om tillsyn, ansvar, skadestånd eller ersättning såsom lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl., *dels* journalhandlingar inom tandvården som kan vara av betydelse för rättsodontologisk identifiering, *dels* journalhandlingar rörande patienter födda den femte, femtonde och tjugofemte i varje månad, om det inte är uppenbart att handlingarna saknar betydelse för forskningsändamål.

Förordningen träder i kraft den 4 juni 1986.

Regeringen har för avsikt att ge riksarkivet i uppdrag att efter samråd med socialstyrelsen och Landstingsförbundet utfärda *allmänna råd om förlängt bevarande av journalhandlingar.*

Här kan även nämnas att *utredningen (U 1985:07) om vissa arkivfrågor* har i uppdrag att se över hela den offentliga arkivverksamheten. Utgångspunkter skall bl. a. vara tryggande av insyns- och kontrollmöjligheterna vad gäller förvaltningen och beaktande av forskningens behov. Utredningen beräknas vara klar kring årsskiftet 1986/87. Det är inte klart i vilken utsträckning utredningen kommer att beröra sjukvårdens område.

Tidigare behandling

Beträffande vilka handlingar som skall bevaras i minst tio år anfördes i propositionen (s. 32) om patientjournallag bl. a. att reglerna om bevarande av journalhandling måste utformas så att de olika intressen som gör sig gällande så långt möjligt kan tillgodoses. I tillsyns-, ansvars-, skadestånds- och ersättningsärenden samt för forskningsändamål finns inte sällan behov av handlingar som är äldre än tre år. Den minsta bevarandetid som kan komma i fråga för dessa handlingar var, enligt propositionen, tio år. Det föreslogs därför att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer skall få utfärda föreskrifter om vilka handlingar som skall bevaras i minst tio år.

Beträffande rekommendationen när utgallring av journalhandlingar bör ske så ställde sig statsrådet i propositionen (s. 34) bakom ett förslag som i

korthet innebar att utgallring av journaler borde kunna ske fem år efter patientens död (eller 100 år efter hans födelse, om uppgift om tidpunkten för hans död saknas). En tioårig gallringsfrist skulle gälla för dokumentation som upprättats och förvaras hos konsulter, serviceavdelningar eller laboratorier. För att tillgodose forskningsintressena föreslogs ett allmänt undantag från gallring beträffande ca 10 % av totalmaterialet. Enligt statsrådets uppfattning kunde detta förslag ligga till grund för nya rekommendationer till huvudmännen.

Utskottet godtog de i propositionen angivna riktlinjerna och avstyrkte motionsyrkanden om att minsta bevarandetid skulle bestämmas till tio år för alla journalhandlingar. Utskottet uttalade härvid att det inte finns anledning att i lagen slå fast en bevarandetid av minst tio år, även om det ofta blir fråga om att bevara vissa slag av handlingar under denna tid och längre. Utskottet anförde i anslutning härtill följande (SoU 1984/85:33 s. 13).

Den princip som i första hand bör vara styrande för bestämmandet av bevarandetiden för en patientjournal är enligt utskottets mening intresset av en god och säker vård för patienten. Från denna utgångspunkt ser utskottet inte någon fara i de i propositionen förordade tidsfristerna. Att vissa handlingar bör kunna utgallras redan efter tre år såsom betydelselösa från vård-, rättssäkerhets-, ansvars- och forskningssynpunkt är uppenbart. Utskottet förutsätter att det i rekommendationerna till huvudmännen kommer att noga beskrivas vilka slag av handlingar som måste bevaras under längre tid. Utskottet vill tillägga att viss gallring även är i patienternas intresse. Oöverskådliga mängder material ökar risken för att uppgifter sprids okontrollerat.

Registrering av uppgifter rörande barn

Motionen

I *motion So413 av Christina Flink (s)* hemställs att riksdagen hos regeringen anhåller om åtgärder så att tillämpningen av folkbokföringsförordningen sker så att vårdnadshavare eller av denna utsedd person utses till sökperson för minderårigt barn. Motionären anför att en ensamstående kvinnlig vårdnadshavare till ett barn får dels sitt eget patientkort, dels barnets patientkort. På barnets patientkort registreras vårdnadshavarens personnummer längst ned, så att sjukvården lätt kan komma i kontakt med vårdnadshavaren vid bl. a. akut behov. Den som blir registrerad på barnets kort betecknas av riksskatteverket såsom "sökperson". Motionären anser att vårdnadshavaren måste få avgöra vem som skall registreras som sökperson. Hon anför också att det inte är rimligt att en kvinna som är vårdnadshavare för sitt barn fråntas myndighetskontakter för barnets räkning utan att hon själv valt det.

Bakgrund

Hos länsstyrelsernas dataenheter förs med hjälp av automatisk databehandling register över den kyrkobokförda befolkningen. För varje person finns en

personavi. På personavin anges namn, personnummer, födelsehemort, civilstånd m. m.

För familjer finns ett sambandsbegrepp. En person i varje familj är sökperson. Sökpersonens personnummer anges på de övriga familjemedlemmarnas personavier. För gifta är mannen sökperson för hustrun. För barn kyrkobokförda hos sina gifta föräldrar är fadern sökperson. Om föräldrarna inte är gifta är modern sökperson, även om barnet bor hos båda föräldrarna och de har gemensam vårdnad. Om en kvinna, som har ett minderårigt barn, gifter sig med en man som inte är far till barnet så blir mannen sökperson för både kvinnan och barnet. Det går inte att utläsa av personavin om den man som står som sökperson för ett barn är barnets biologiske far/vårdnadshavare eller styvfar. Den uppgiften finns inte i länsstyrelsens dataregister.

Skatteutskottet behandlar för närvarande ett antal motioner om ändring av här aktuella rutiner inom folkbokföringen.

För hela landet finns vidare ett gemensamt befolkningsregister, SPAR. SPAR får sina uppgifter från länsstyrelsens register. SPAR förs av Datamaskincentralen för administrativ databehandling (DAFA). Uppgifter från SPAR används bl. a. för direktadresserad reklam.

Inom hälso- och sjukvården finns också databaser. De flesta landstingskommuner har utvecklade patientadministrativa system. Personuppgifterna hämtas antingen från länsstyrelsens befolkningsregister eller från SPAR. Personuppgifter uppdateras vanligen en gång per vecka. De uppgifter som förs över till landstingens register är de som finns på personavin, även uppgiften om sökperson.

Patienter inom sjukvården får en bricka med namn, personnummer och adress inpräglat, ett s. k. patientkort. För minderåriga anges också förälder/vårdnadshavare. Dessa patientkort kan framställas manuellt genom att patienten fyller i ett underlag från vilket uppgifterna sedan stansas på en bricka. En del landsting låter dock överföra uppgifter direkt från databasen till en maskin som framställer kortet med de uppgifter som finns i databasen.

Från Stockholms läns och Östergötlands läns landsting har uppgivits att man där utgår från att den person som enligt uppgift från folkbokföringen är sökperson för barnet också är vårdnadshavare. Enligt instruktion till berörda befattningshavare skall dock den som tar fram ett patientkort fråga om uppgifterna är korrekta. Begär vårdnadshavaren att få sitt eget namn och inte sökpersonens namn antecknat så framställs ett manuellt patientkort med de begärda uppgifterna.

Skriftliga levnadsskildringar

Motionen

I *motion So448 av Ingrid Ronne-Björkqvist och andre vice talman Karl Erik Eriksson (båda fp)* hemställs att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som i motionen anförts angående skriftlig levnadsskildring för vissa långvarigt sjuka på vårdinrättningar (*yrkande 1*) och att riksdagen hos regeringen anhåller att åtgärder vidtas så att författningsmässig tveksamhet vid hanteringen av skriftlig information om pa-

ningar kan hjälpa personalen att upptäcka den enskilda individen i sjukhussängen. Bl. a. redovisas erfarenheter från ett sjukhus i Värmland, där man på en avdelning införde en patientpärm med levnadsskildringar sammanställda framför allt genom kontakt med anhöriga och genom samtal med patienterna, när detta var möjligt. Rätt utformad och använd kan kunskapen om den sjukes bakgrund bli en värdefull hjälp för personalen att upptäcka medmänniskan i den vårdbehövande, anför motionärerna. Den kan inspirera till ökad inlevelseförmåga och respekt för individens rätt att få behålla både vanor och ovanor, att få syssla med det som känns meningsfullt och att få samtala om väsentliga ting även när man blivit gammal, glömsk och långvarigt sjuk. För personalen kan det innebära ökad arbetsglädje och mening i uppgiften. Motionärerna påpekar samtidigt att viss tveksamhet finns om hur man författningsmässigt skall hantera denna typ av dokumentation och begär ett klarläggande på denna punkt.

Gällande bestämmelser

Enligt 4 § *patientjournallagen* skall varje uppgift i en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården utformas så, att patientens integritet respekteras. I specialmotiveringen till denna bestämmelse angavs följande. (Prop. 1984/85:189 s. 41 f.).

Under senare år har respekten för patientens integritet i hälso- och sjukvården kommit alltmer i förgrunden i lagstiftningsarbetet. I bl. a. tillsynslagen och hälso- och sjukvårdslagen är detta en central fråga. Det är då självklart att också journalföringen måste bygga på denna princip. En grundläggande förutsättning för att patientens integritet skall respekteras är att uppgifterna i patientjournalen är korrekta. Detta räcker dock inte. Många uppgifter i en patientjournal utformas efter en subjektiv värdering. Vissa av dessa uppgifter kan då uppfattas som kränkande av patienten, även om de är riktiga i sak. Avsikten med denna paragraf är att erinra om betydelsen av att utforma uppgifterna i patientjournalen på ett sådant sätt att patienten inte känner sig kränkt av dem eller att helt utelämna sådana uppgifter om de inte har betydelse för ställningstaganden i vården. Ovidkommande värdeomdömen om patienten eller hans anhöriga av allmänt nedsättande eller kränkande karaktär får inte förekomma. Respekten för patientens integritet förutsätter också allmänt en återhållsamhet när det gäller uppgifter om dennes privatliv. Den kan också medföra andra begränsningar, t. ex. vad gäller användning av videoteknik i den psykiatriska vården.

I 7 § patientjournallagen anges att varje journalhandling skall hanteras och förvaras så, att den som är obehörig inte får tillgång till den. I propositionen (s. 43) kommenterades detta med att vid vården av en patient på t. ex. en klinik är det endast en begränsad del av personalen som i sitt arbete behöver tillgång till patientens journal. Respekten för patientens integritet kräver att ingen utanför denna krets får tillgång till journalen. Läsning i en patientjournal av ren nyfikenhet kan aldrig godtas. Enligt propositionen ankommer det på den som svarar för verksamheten att se till att sådana rutiner tillämpas, att endast den som behöver journalen i sitt arbete har tillgång till den.

I 11 § patientjournallagen hänvisas till sekretesslagen och tryckfrihetsför-

ordningen beträffande rätten att ta del av journalhandling.

Bestämmelserna om sekretess inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården finns i 7 kap. 1–3 §§ och 6 § *sekretesslagen (1980:100)*. Enligt 7 kap. 1 § första stycket gäller sekretess inom den allmänna hälso- och sjukvården för uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men.

Begreppet "men" har en mycket vid innebörd och tar framför allt sikte på de olika kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifterna lämnas ut (se prop. 1979/80:2, del A, s. 83). I första hand åsyftas sådana skador som att någon kan bli utsatt för andras missaktning om hans personliga förhållanden blir kända. Redan den omständigheten att vissa personer känner till en för någon enskild ömtålig uppgift kan i många fall anses vara tillräckligt för att medföra men. Utgångspunkten för en bedömning av om men föreligger är den enskildes egen upplevelse.

Enligt 2 a § första stycket *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* skall hälso- och sjukvården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och personalen. I andra stycket anges att vården och behandlingen så långt möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten.

Vissa utvecklingslinjer inom långtidssjukvården

I *proposition 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m. m.* redovisade regeringen sin syn på inriktningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen gavs de förebyggande insatserna speciellt utrymme. Propositionen utgick från det remissbehandlade förslag till principprogram för hälso- och sjukvården i perspektivet 1990–2000 som lagts fram av den s. k. HS 90-utredningen i huvudrapporten Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

I propositionen behandlades i ett avsnitt patientens livsmiljö inom långtidssjukvårdens institutioner (s. 77 f.). Föredragande statsrådet redovisade där det förnyelsearbete som pågår för att ta större hänsyn till patienternas personliga integritet och önskemål. Bakgrunden till kravet på utveckling av omvårdnaden är ökad medvetenhet om att en trivsam och stimulerande vårdmiljö ofta är lika viktig för patientens välbefinnande som medicinska insatser. Sjukvården har tidigare i hög grad varit inriktad enbart mot det sjuka hos patienterna. Vårdarbetets organisation förändras. Vårdlag och gruppvård håller på att införas i långtidssjukvården. Gruppvård är ett sätt att organisera vårdarbetet där en mindre personalgrupp – ett vårdlag – tar hand om och ansvarar för ett mindre antal patienter. Ett led i utvecklingen är också att ett ökat planeringsansvar för vården läggs på grupperna i direkt samverkan med patienterna.

I propositionen redovisas vidare den s. k. individuella vårdplaneringen som utvecklats i anslutning till vårdlagsorganisationen. Individuell vårdplanering innebär att mål formuleras för vården av varje enskild patient. I den vårdplan som upprättas för patienten anges inriktning och mål för vården.

Vårdplanen bygger på ankomstsamtal, eventuellt redovisade i s. k. identitetsjournaler. Stor vikt läggs vid patientens önskemål utifrån sociala, kulturella och psykiska behov, vilket förutsätter kunskaper om patientens bakgrundsförhållanden och situation i stort.

Betonandet av omvårdnad, gruppvård och individuell vårdplanering markerar enligt propositionen steg i en utveckling som man finner utomordentligt positiv (prop. s. 79).

I Spri-rapport 77/1981 *Vi har gruppvård – Gruppvårdens effekter på vård- och arbetsmiljön inom somatisk långtidssjukvård* –redovisas erfarenheten av gruppvård från Örebro läns landsting. Gruppvård har under åren 1975–1980 införts på 56 vårdavdelningar inom den somatiska långtidsvården hos Örebro läns landsting. Målet för en förändrad vårdorganisation var att förbättra vårdmiljön för patienterna och arbetsmiljön för personalen. Gruppvården var inriktad på lagarbete, där man utgick från den enskilde patientens vårdbehov. På vårdkonferenser diskuterades varje enskild patients vårdbehov, t. ex. vad patienten behövde hjälp med, hur patientens psykiska tillstånd var eller effekter av ordinerad medicin. En strävan var att patientens totala omvårdnadsbehov skulle analyseras och tillgodoses. Observationer och förslag till åtgärder skrevs kontinuerligt in i en särskild vårdplan för varje patient. Gruppledaren ansvarade för att vårdplanen fördes på ett riktigt sätt. En särskild blankett "Information om patienten" användes på en del vårdavdelningar. Denna tillsammans med vårdplanen var hjälpmedel för personalen att genomföra individuell vårdplanering.

I en projektrapport från Spri 1984 *Individuell vårdplanering IVP, En kartläggning av omfattning och resultat* redovisar Spri en enkätundersökning med syfte att få en uppfattning om i vilken utsträckning individuell vårdplanering införts, hur planeringsprocessen ser ut, vilka motiv som funnits för att införa sådan planering m. m. Undersökningen avsåg bl. a. 210 långvårdsavdelningar och sjukhem.

Individuell vårdplanering hade införts inom samtliga landsting med någon övervikt inom Stockholms läns landsting och i Norrbotten. De flesta som infört sådan planering arbetade i vårdlag. Flertalet avdelningar använde sig av ankomstsamtal som ett led i vårdprocessen. Inom långvården användes vanligen Spri:s blankett för ankomstsamtal. Ankomstsamtal utfördes av både sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Ofta medverkade anhöriga i ankomstsamtalen. Vanligen formulerades målen för vården i en vårdplan. Spri har speciella blanketter även för detta. Det vanligaste var att en undersköterska fyllde i blanketten för vårdplanen.

Spri har, som nu redovisats, en blankett för ankomstsamtal/vårdplan. Denna upptar bl. a. frågor om hur patienten vill bli tilltalad, yrke, närmaste anhörig, boendemiljö, hobbies, intressen, religion, ekonomi, sömnsvårigheter, smärtproblem, kostvanor, favoritmat m. m.

I en blankett för ankomstsamtal från Värmlands läns landsting finns liknande frågor samt frågor om patientens tidigare liv, barn, barnbarn, platser där han bott, tidigare intressen osv.

I betänkandet behandlas fyra motioner som rör olika frågor om dokumentation av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Signering av journalanteckning

I *motionerna So408 (c)* och *So444 (fp, c) (yrkande 1)* ifrågasätts patientjournallagens krav på signering av journalanteckning. Motionärerna anför bl. a. att kravet på signering medför ökad tidsåtgång och att journaler inte finns på plats när de behövs.

Enligt 3 § patientjournallagen skall om inte synnerligt hinder möter en journalanteckning signeras av den som svarar för uppgiften. Som ovan redovisats (s. 4) tillfördes lagen denna regel under riksdagsbehandlingen. Patientjournallagen trädde i kraft den 1 januari 1986.

Regeln om att journalanteckning skall signeras har på sina håll mött kritik. Bl. a. har anförts att signeringen är tidskrävande och att denna tid tas ifrån arbetet med patienterna. Det har också anförts att journaler i ökad omfattning inte finns på plats. Det är främst på akutsjukhusen med stor omsättning av personal som kravet på signering tycks skapa problem, medan det på andra håll inom sjukvården fungerar bättre.

Utskottet vill inledningsvis slå fast att den som låter föra in en uppgift i en patientjournal är ansvarig för uppgiftens riktighet, oavsett om signering skett eller inte. Journalföraren bör därför under alla omständigheter kontrollera att anteckningen överensstämmer med vad som varit avsett. I patientens intresse har dock tillagts krav på signering för att garantera att kontrollen verkligen genomförs och att inte oriktiga uppgifter läggs till grund för medicinsk behandling. Signeringen utgör endast en bekräftelse på att kontroll gjorts och innebär knappast i sig något merarbete. Vad som kan ta tid i anspråk är själva kontrollen, inte signeringen.

Utskottet är medvetet om att signeringskravet orsakat praktiska svårigheter främst inom akutvården på de stora sjukhusen. Som utskottet framhöll i samband med lagens tillkomst finns det emellertid från säkerhetssynpunkt ofta skäl till särskilt noggranna journalrutiner inom akutsjukvården, där det kan vara fråga om omfattande medicinska ingrepp med många olika personer inblandade i vården. Utskottet ser det därför inte som möjligt eller rimligt att ställa lägre krav på kontrollrutinerna för akutsjukvården än för annan hälso- och sjukvård. Med hänsyn till de allvarliga risker för patienterna som är förenade med missförstånd beträffande diagnos eller åtgärder måste krävas att den som gjort bedömningen eller beslutat om åtgärden tar ansvaret för att uppgiften inte blir förvanskad.

Utskottet har emellertid med oro tagit del av uppgifterna om att allt fler journaler befinner sig ute på cirkulation och inte kan återfinnas när de behövs för vården av patienter. Detta är ett allvarligt säkerhetsproblem. Företeelsen är dock ingalunda ny och måste angripas med andra medel än att man lättar på kravet att kontrollera journalerna. Att så många journaler är otillgängliga när de behövs visar på grundläggande brister i rutinerna för journalhanteringen. Patientjournalen bör finnas där patienten finns. Rutiner för detta

måste skapas. Det bör ankomma på sjukvårdshuvudmännen att skyndsamt ta upp frågan om hur journalrutinerna kan förändras och effektiviseras så att de påtalade missförhållandena elimineras. Frågan om rutiner för att säkerställa kontrolläsning och signering bör enligt utskottets mening lösas i detta vidare sammanhang. I avvaktan härpå kan det finnas skäl att peka på de förslag till praktiska lösningar som framförts i socialstyrelsens allmänna råd (se ovan s. 3).

Med det anförda avstyrker utskottet motionerna So408 (c) och So444 (fp, c) yrkande 1.

Bevarande av journalhandlingar

I *motion So444 (fp, c), yrkande 2* hemställs att journalhandlingar skall bevaras i tio år. Motionärerna anför att en så kort bevarandetid som tre år är negativ bl. a. vid krav på skadestånd samt ur behandlings- och forskningssynpunkt.

Enligt 8 § patientjournallagen skall en journalhandling bevaras i minst tre år från det att sista uppgiften fördes in i handlingen. Detta är dock bara en minimitid för bevarande. Handlingar som behövs i främst tillsyns-, ansvars-, skadestånds- och ersättningsärenden, för rättsodontologisk identifiering samt för forskningsändamål skall enligt en nyligen beslutad förordning (1986:203) bevaras i minst tio år.

Utskottet uttalade i sitt betänkande SoU 1984/85:33 (s. 13) med anledning av motioner om utsträckt tid för bevarande av journaler att det inte finns anledning att i lagen slå fast en minsta bevarandetid av tio år för alla handlingar. Utskottet ansåg det uppenbart att vissa handlingar kan utgallras efter tre år såsom betydelselösa från vård-, rättssäkerhets-, ansvars- och forskningssynpunkt. Utskottet framhöll att den princip som bör vara styrande vid bestämmande av bevarandetiden är intresset av en god och säker vård för patienten.

Genom den ovan nämnda förordningen (1986:203) med föreskrift om minst tio års bevarandetid för vissa journalhandlingar tillgodoses syftet med motionen såvitt avser handlingar av betydelse för bedömning av frågor om ansvar och skadestånd samt för forskning.

Som tidigare redovisats avser vidare regeringen att uppdra åt riksarkivet att, efter samråd med socialstyrelsen och Landstingsförbundet, utfärda allmänna råd om förlängt bevarande av journalhandlingar. Utskottet utgår från att regeringen härvid beaktar att journalhandlingar som kan behövas för vård eller behandling av patienter inte får utgallras i förtid.

Utskottet avstyrker med det anförda motion So444 yrkande 2.

Registrering av uppgifter rörande barn

I *motion So413 (s)* hemställs att riksdagen begär att regeringen vidtar åtgärder för att ändra tillämpningen av folkbokföringsförordningen så att vårdnadshavaren eller av denne utsedd person blir sökperson för minderåriga. Motionen tar sikte på förhållandena inom hälso- och sjukvården, där vårdnadshavaren för ett minderårigt barn inte alltid är sökperson för barnet.

Beträffande familjer tillämpas inom folkbokföringen ett system med sökperson. Sökperson är i regel mannen i en familj. Detta gäller även i de fall hustrun har barn till vilka mannen inte är far eller vårdnadshavare. Sjukvårdens databaser får sina uppgifter från folkbokföringen och därmed samma uppgifter om sökperson.

Utskottet kan ansluta sig till tankegångarna i motionen. En kvinna som är vårdnadshavare för ett barn bör kunna utgå ifrån att hon blir underrättad direkt om sådant som rör barnet. Att en kvinna gifter sig med en man som inte är far till hennes barn ändrar inte detta förhållande. Det kan dessutom förekomma situationer när det medför allvarliga olägenheter om inte barnets mor/vårdnadshavare nås utan dröjsmål.

Om en kvinna begär att få sitt eget namn och inte sökpersonens antecknat som vårdnadshavare görs visserligen ett manuellt patientkort med de begärda uppgifterna. Utskottet ser dock inte detta som någon tillfredsställande lösning på det problem som tas upp i motionen. Det är inte säkert att vårdnadshavaren uppmärksammar och påtalar felet förrän en vårdsituation uppstår, vilket kan inträffa oväntat.

Utskottet delar därför motionärens uppfattning att missvisande uppgifter av detta slag i hälso- och sjukvårdens register bör korrigeras. Utskottet anser att regeringen i lämpligt sammanhang bör fästa sjukvårdshuvudmännens uppmärksamhet på denna fråga. Detta bör riksdagen med anledning av motion So413 (s) ge regeringen till känna.

Skriftliga levnadsskildringar

I *motion So448 (fp)* hemställs om ett tillkännagivande rörande värdet av s. k. identitetsjournaler och om att författningsmässig tveksamhet vid hantering av skriftlig information om patienten undanröjs. Motionärerna anför att ökad kunskap om den sjukes bakgrund kan hjälpa personalen att upptäcka den enskilde individen i sjukhussängen.

Som ovan redovisats (s. 10) har som ett led i förnyelsearbetet inom långtidssjukvården gruppvård och individuell vårdplanering införts vid många vårdavdelningar. Ofta hålls ett ankomstsamtal när en patient kommer till avdelningen. Vid samtalet ifylls ett formulär som ibland kallas identitetsjournal och som ligger till grund för den individuella vårdplanen. Dessa handlingar förs vid sidan av den medicinska delen av journalen.

Utskottet vill inledningsvis understryka vikten av att man inom långtidssjukvården strävar mot ett individuellt anpassat omhändertagande med respekt för den enskilda människans egenart. Varje patient måste ses som en individ med personliga karaktärsdrag och erfarenheter. Det är positivt att personalen inom långtidssjukvården i ökad utsträckning intresserar sig för den människa man vårdar. Detta kan bidra till större förståelse för och bättre kontakt med patienten. Enligt utskottets mening är detta dock i mycket hög grad en fråga om personligt intresse och engagemang som är svårt att formalisera i t. ex. en blankett.

Om formella rutiner för notering av uppgifter om patienter tillämpas måste emellertid beaktas de gränser som följer av gällande lagstiftning. Utgångspunkten för bedömningen av om en uppgift bör antecknas eller inte är

patientens egen uppfattning. I sammanhanget bör erinras om innehållet i 4 och 7 §§ patientjournallagen liksom om 7 kap. 1 § sekretesslagen (se ovan s. 10). Uppgifter som inte lämnats av patienten själv måste därför behandlas med försiktighet. Om inte patienten vill berätta om sig själv måste uppgifterna om hans eller hennes bakgrund begränsas till neutrala sådana, vilka inte står i strid med patientens önskan att de blir allmänt kända, t. ex. tidigare yrke och bostadsort. Som ovan framgått (s. 10) är det patientens pesonliga uplevelse som är avgörande för skadeprövningen enligt sekretesslagen. En äldre patient kan självfallet ha andra värderingar än den unga vårdpersonalen.

Rätt utformad och använd kan kunskapen om den sjukes bakgrund bli en stor tillgång i vården.

Även i det fall patienten inte längre är i stånd att själv ta ställning till frågor av angivet slag måste dock respekten för hans eller hennes integritet upprätthållas. Det kan därför vara en grannlaga uppgift att avgöra vad som kan eller bör noteras i en eventuell s. k. identitetsjournal. Vid denna avvägning bör patientens anhöriga kunna bidra med värdefulla synpunkter.

Utskottet är med hänvisning till det anförda inte berett att förorda något riksdagens initiativ med anledning av motion So448 (fp), som alltså avstyrks.

Hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *signering av journalanteckning*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So408 och motion 1985/86:So444 yrkande 1,

2. beträffande *bevarande av journalhandlingar*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So444 yrkande 2,

3. beträffande *registrering av vissa uppgifter rörande barn*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So413 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

4. beträffande *skriftliga levnadsskildringar*

att riksdagen avslår motion 1985/86:So448.

Stockholm den 13 maj 1986

På socialutskottets vägnar

Daniel Tarschys

Närvarande: Daniel Tarschys (fp), Evert Svensson (s), Göte Jonsson (m), Kjell Nilsson (s), Anita Persson (s), Blenda Littmarck (m), Gunnar Ström (s), Yvonne Sandberg-Fries (s), Ulla Tillander (c), Inga Lantz (vpk), Ingrid Andersson (s), Ingrid Ronne-Björkqvist (fp), Rosa Östh (c), Karl-Gösta Svenson (m) och Maud Björnemalm (s).

Signering av journalanteckning (mom. 1 i hemställan)

1. av Daniel Tarschys (fp), Ulla Tillander (c), Ingrid Ronne-Björkqvist (fp) och Rosa Östh (c) som anser:

dels att det avsnitt i utskottets yttrande som börjar på s. 12 med "Utskottet är medvetet" och slutar på s. 13 med "(fp, c) yrkande 1" bort ha följande lydelse:

Det är angeläget att patienternas säkerhet tillgodoses genom att journalerna förs på ett betryggande sätt. Kravet på journalföring får dock inte gå ut över vården av patienterna. Utskottet är medvetet om att signeringskravet orsakar svårigheter inom sjukvården. Som framhålls i motionerna har kravet medfört ett betydande merarbete för läkare och övrig personal. En olägenhet är också att journalerna i ökad utsträckning inte är på plats. Detta kan medföra allvarliga men för patienterna. Enligt utskottets uppfattning bör därför konsekvenserna av patientjournallagen noga följas upp. Socialstyrelsen kan därvid ges i uppdrag att inhämta synpunkter från ett antal sjukhus. Det bör också övervägas om en möjlighet till dispens från signeringsskyldigheten bör införas i avvaktan på att uppföljningen blir klar. Vad utskottet nu anfört bör riksdagen ge regeringen till känna med anledning av motionerna So408 (c) och So444 (fp, c).

dels att utskottet under mom. 1 bort hemställa:

1. beträffande *signering av journalanteckning*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So408 och motion 1985/86:So444 yrkande 1 som sin mening ger regeringen till känna vad utskottet anfört,

Bevarande av journalhandlingar (mom. 2 i hemställan)

2. av Ulla Tillander och Rosa Östh (c) som anser:

dels att det avsnitt i utskottets yttrande på s. 13 som börjar med "Genom den" och slutar med "So444 yrkande 2" bort ha följande lydelse:

Enligt utskottets uppfattning är en så kort minimitid för bevarande som tre år negativ ur flera synpunkter. För att tillgodose intresset av en god och säker vård för patienten behövs en längre minsta bevarandetid. Också vid krav på ansvar och skadestånd samt ur forskningssynpunkt behöver journaler bevaras längre. Riksdagen bör därför med anledning av motion So444 (fp, c) yrkande 2 besluta att patientjournaler skall bevaras i minst tio år.

dels att utskottet under mom. 2 bort hemställa

2. beträffande *bevarande av journalhandlingar*

att riksdagen med anledning av motion 1985/86:So444 yrkande 2 antar det i Bilaga upptagna och såsom *Reservanternas förslag* betecknade förslaget till lag om ändring i patientjournallagen (1985:562),

I reservation nr 2 framlagt förslag till lag om ändring i patientjournallagen (1985:562)

Förslag till

Lag om ändring i patientjournallagen (1985:562)

Härigenom föreskrevs att 8 § patientjournallagen (1985:562) skall ha nedan angiven lydelse.

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1986.

Innehållsförteckning

	s.
Sammanfattning	1
Motionsyrkanden	1
Signering av journalanteckning	2
Motionerna	2
Gällande bestämmelser	2
Tidigare behandling	4
Bevarande av journalhandlingar	5
Motionen	5
Gällande bestämmelser	6
Tidigare behandling	6
Registrering av uppgifter rörande barn	7
Motionen	7
Bakgrund	7
Skriftliga levnadsskildringar	8
Motionen	8
Gällande bestämmelser	9
Vissa utvecklingslinjer inom långtidssjukvården	10
Utskottet	12
Signering av journalanteckning	12
Bevarande av journalhandlingar	13
Registrering av uppgifter rörande barn	13
Skriftliga levnadsskildringar	14
Hemställan	15
Reservationer	16
1. Signering av journalanteckning (mom. 1 i hemställan) av fp och c	16
2. Bevarande av journalhandlingar (mom. 2 i hemställan) av c	16
Bilaga	17