

Patientjournalen – för vård och behandling eller styrning och kontroll?

En rättshistorisk översikt

Lotta Wendel

Lotta Wendel, jur kand och fil dr, Institutionen för kriminologi, Fakulteten för Hälsa och samhälle, Malmö universitet. E-post: lotta.wendel@mau.se

I denna rättshistoriska översikt beskrivs hur skyldigheten att föra patientjournal har växt fram i hälso- och sjukvårdsregleringen. Från att inledningsvis ha varit ett administrativt åliggande för sjukhusen, kom olika läkerspecialiteter att allteftersom bli skyldiga att dokumentera. Längre rörde skyldigheten enbart patientadministration, medan dokumentation av individuella patienters vård och behandling betraktades som en fråga som den enskilda läkaren rådde över. Under andra halvan av 1900-talet infördes dokumentationsskyldigheter även för andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, men först med 1985 års patientjournallag konstruerades skyldigheten på ett unisont sätt för samtlig hälso- och sjukvårdspersonal. Med 1985 års patientjournallag kom även patientens rättigheter att beaktas vid regleringen av patientjournalen.

This historic overview describes how the obligation to keep a patient record emerged as a result of regulation of health and medical care. From initially having been an administrative obligation for the hospitals, various medical specialities were gradually included in the obligation. For a long time, the obligation concerned only the administration of the medical services, while documentation of individual patients' care and treatment was regarded as something the individual doctor disposed over. From the mid-1900s, obligations to keep patient records were also introduced for other occupational groups in the health and medical care sector, but the obligation was not constructed in a unified manner for all healthcare personnel until the introduction of 1985 Act on Patient Journals. This act also introduced the rights of the patient as a relevant consideration.

Inledning

”Dokumentation till döds”, var den provocerande rubriken på en insändare till *Läkartidningen* 2015. Skribenten upprepade vad många professionella inom hälso- och sjukvården gjort tidigare: att tyngande rutiner för dokumentation, verksamhetsplanering, utvärdering m.m. gör att man inte hinner med sin kärnverksamhet, att vårda patienter.¹ Implicit förutsätts i kritiken att dokumentation av enskilda patienters vård och behandling inte räknas till kärnverksamheten, utan uppfattas som en del av den omfattande administrationen. Dokumentationen inom hälso- och sjukvården används i många olika sammanhang: för medicinska bedömningar och interventioner, kvalitetsarbete, rättsliga prövningar, forskning och utbildning. Dokumentationen innefattar vidare en rad av olika typer av handlingar: uppgifter om patientens ålder, anamneser, laboratorieresultat, remisser, diagnoskoder etc. Dokumentationen kan indelas mellan sådan som sker för interna syften (patientjournalen och annan hantering av rutiner och riktlinjer) samt sådan som sker för externa syften (som att rapportera till centrala kvalitetsregister eller myndigheter som sammanställer statistik).²

Dokumentationen av den enskilde patientens vård och behandling är egentligen något kvalitativt annorlunda än övrig dokumentation, eftersom den är direkt relaterad till och helt avgörande för hälso- och sjukvårdspersonalens praktik. De olika yrkesutövarna kan beskrivas som professioner, det vill säga som centrala och betydelsefulla grupper i samhället där de tillskrivs en särskild roll som förmedlare och tolkare.³ Avgörande för professionens ställning är graden av självstyre. Specialiserat självständigt arbete nära professionens kunskapskärna ger hög status och rutinartade arbetsuppgifter ger låg. Professionsteoretikern Abbott anger dokumentation som ett exempel på en rutinartad arbetsuppgift.⁴ Han fördjupar sig inte i vilken typ av dokumentation som avses. Dokumentation av vård och behandling, som yrkesutövaren helt kontrollerar, borde rimligen vara ett uttryck för status. Dokumentation av vård och behandling är ett sätt att föra fram sin professionella särart och företrädare i kunskapshänseende. På detta sätt blir patientens journal ett direkt uttryck för att den som dokumenterar är bärare och tillämpare av en speciell kunskap. Problemet är att dokumentation av vård och behandling inte uppfattas på detta sätt. Istället betraktas denna dokumentation som en del av den allmänna byråkratiska bördan.

Syftet med denna artikel är att undersöka hur skyldigheten att dokumentera vård och behandling har växt fram inom hälso- och sjukvården i Sverige och i

1. Christer Pettersson, ”Dokumentation till döds”, *Läkartidningen* 112, nr 7 (2015).

2. Anders Forssell och Anders Ivarsson Westerberg, *Administrationssambället* (Lund: Studentlitteratur, 2014).

3. Anders Molander och Lars Inge Terum, *Profesjonsstudier* (Oslo: Universitetsforlaget, 2008), s. 14 ff.

4. Andrew Delano Abbott, *The system of professions : an essay on the division of expert labor* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1988), s. 126.

vilken utsträckning dokumentationsskyldigheten har betraktats som en inomprofessionell fråga. Artikeln bygger på en kronologisk genomgång av rättslig reglering rörande skyldigheten att föra patientjournal, fram till och med 1985, då journalföring blev en generell lagreglerad skyldighet.⁵

Tidigare forskning

Framväxten av skyldigheten att dokumentera vård och behandling har i liten utsträckning beforskats och detta gäller särskilt för studier med rättsligt fokus. Den forskning som på något sätt berör skyldighetsfrågan följer huvudsakligen två olika spår. Det första spåret har en arkivarisk inriktning och handlar om hur olika typer av patientdokumentation har växt fram. Här märks exempelvis Craigs kartläggning av formerna för patientdokumentation på brittiska och Kanadensiska sjukhus.⁶ Patientjournalens tidiga former på sjukhus i Berlin och Paris har studerats av Hess, som även har fördjupat sig i formerna för dokumentation i den psykiatriska vården.⁷ I Sverige har Nilsson beskrivit patientjournalens utveckling i ett historiskt perspektiv.⁸

Det andra spåret bär en tydlig prägel av Foucault. Här ses främst till innehållet i dokumentation och hur patienter, sjukdomar och samhällsförhållanden skrivs fram där.⁹ I denna anda argumenterar Berg & Bowker för patientjournalens styrka som källmaterial.¹⁰ Berg & Harterink har analyserat hur patienten förkroppsligas i amerikanska patientjournaler vid 1900-talets början.¹¹ Moran har diskuterat framväxten av regleringen rörande dokumentation vid psykiatriska institutioner i Canada.¹² I Sverige har Beronius använt Foucault för en studie om hur befolkningen framträdde i de rapporter som provinsialläkarna var skyldig att dokumentera och rapportera.¹³

5. Patientjournalag (1985:562).

6. Barbara L Craig, "Hospital Records and Part 1 : The Development of Records in hospitals", *Archivaria* 29 (1989); Barbara L Craig, "Hospital Records and Part 11 : The Development of Record-Keeping in Hospitals", *Archivaria* 30 (1990).

7. Volker Hess, "Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725-1830)", *Medizinhistorisches Journal* 45, nr 3-4 (2010): 293-340; Volker Hess, "Bookkeeping madness. Archives and filing between court and ward", *Rethinking History* 22, nr 3 (2018): 302-25.

8. Inga Nilsson, *Medicinsk dokumentation genom tiderna : en studie av den svenska patientjournalens utveckling under 1700-talet, 1800-talet och 1900-talet* (Lund: Enheten för medicinens historia, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, 2007).

9. Guenter B. Risse och John Harley Warner, "Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history", *Social History of Medicine* 5, nr 2 (1992): 183-205.

10. Marc Berg och Geoffrey Bowker, "The multiple bodies of the medical record: Towards a sociology of an artifact", *Sociological Quarterly* 38, nr 3 (1996): 513-37.

11. Marc Berg och Paul Harterink, "Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice", *Body & Society* 10, nr 2-3 (2004): 13-41.

12. James Moran, "A tale of two bureaucracies: asylum and lunacy law paperwork", *Rethinking History* 22, nr 3 (2018): 419-36.

13. Mats Beronius, *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia - eller till den vetenskapliga jordens moralens genealogi*, Symposium bibliotek, 99-0818918-2 (Stockholm ; B. Östlings bokförl. Symposion, 1994).

Siegler & Cohen har undersökt hur läkarens personliga anteckningar kom att bli en del av den kontrollerade dokumentationen vid sjukhusen vid förra sekelskiftet. De förklarar det ökade intressen för patientdokumentationen med anteckningarnas betydelse vid försäkrings- och ansvarstvister. Slutsatsen är inte direkt överförbar på svenska förhållanden, där hälso- och sjukvården tidigt placerades på det offentlighetsrättsliga området. Men studien är likväl intressant eftersom den skiljer mellan den professionsrelaterade dokumentationen och övrig administration samt illustrerar att icke-medicinska intressen kan prägla hur även dokumentationen av vård och behandling konstrueras rättsligt.¹⁴

De två spåren

Den administrativa förvaltningsstaten börjar byggas under 1600-talet. Sjukvårdsväsendet regleras offentligt genom 1688-års medicinalordningar, där den första ansatsen till reglerad dokumentation inom hälso- och sjukvården bestod av att läkares rätt att förskriva läkemedel etablerades. Tiden utmärktes av professionella strider över olika verksamhetsområden, där rätten att bedriva näring var det som stod på spel. Genom 1688-års medicinalordningar etablerade staten en gräns mellan läkare och apotekare. Den första gruppen skulle ägna sig åt att behandla skador och sjukdomar, medan den andra fick ensamrätt på att bereda och försälja läkemedel. I 1688 års medicinalordningar fastslogs under punkten XXIV att farliga medikamenter enbart fick lämnas ut efter läkares förskrivning. Genom stadgandet etablerades läkarnas fria förskrivningsrätt. Detta första tecken på en reglering av dokumentation av administrativ karaktär, var ett resultat av den hierarkiska ordning mellan olika yrkesgrupper och det företräde för läkare som 1688 års medicinalordningar implementerade.¹⁵ Medicinalordningarna innebar att ett offentligt övervakningssystem hade etablerats på hälso- och sjukvårdens område, men någon skyldighet att föra noteringar rörande enskildas patientens vård och behandling inbegreps alltså inte. Den dokumentation som spårats utgjorde små handskrivna anteckningar, endast avsedda som stöd för läkarens eget minne.¹⁶

Under seklet därpå etablerades däremot en särskild roll för läkarna i arbetet att dokumentera befolkningens hälsa och leverne.¹⁷ Från 1755 ålades provinsial-

14. Eugenia L. Siegler och Andrew B. Cohen, "Conflicts over Control and Use of Medical Records at the New York Hospital before the Standardization Movement", *Journal of Law, Medicine and Ethics* 39, nr 4 (2011): 640–48.

15. Frithiof Lennmalm, *Svenska läkaresällskapets historia 1808-1908* (Stockholm: Isaac Marcus' boktr.- aktieförlag, 1908).

16. Inga Nilsson och Peter Nilsson, "Medicinsk dokumentation genom tiderna", *Läkartidningen* 100, nr 51–52 (2003): 4304–6.

17. Jenny Björkman, *Vård för samballets bästa : debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970* (Stockholm: Carlsson, 2001).

läkaren att sända årsrapporter om hälsotillståndet i sitt distrikt till Collegium Medicum. Provinsialläkarnas fortlöpande rapporter var en del i ett större sammanhang av centralförvaltningens informationsinsamling om hälsotillståndet i riket. Provinsialläkarnas skyldighet omfattade att årligen rapportera vilka sjukdomar som förekommit i provinsen, antalet sjuka och avlidna samt redogöra för vilka mediciner som visat sig mest effektiva. I jämförelse med övrig kartläggning av befolkningen menar Beronius att provinsialläkarnas registrering var betydligt mera individuellt präglad.¹⁸

Rapporterna härrörde från direkt observation av enskilda individer och miljöer. Vid registreringen nöjde sig provinsialläkaren inte heller med att se och notera utan rapporterade också att de försökte upplysa och skapa förståelse bland allmogen på det sätt som instruktionen påbjöd.¹⁹ Det var emellertid fortfarande inte fråga om en skyldighet att dokumentera vården av den enskilda patienten.

Den första ansatsen till en norm rörande det andra spåret, dokumentation av den enskilda patientens vård, förlägger Nilsson till Nils Roséns avhandling från 1730 om medicinsk journalskrivning. I avhandlingen förespråkas en helhetssyn och ett fullständighetskrav på den medicinska dokumentationen, baserad på 18 punkter som tar sikte på såväl patientens egna förutsättningar, sjukdomshistoria och behandling, som en generell kartläggning av patientens geografiska omgivning, klimatet, befolkningens levnadssätt och kosthållning. Roséns kriterier är allsidiga och speglar både kårens samhällsuppgift vid tiden – att dokumentera och kategorisera befolkningen i stort – och en helhetssyn på patienten och hans eller hennes individuella förutsättningar.²⁰ Det är rimligt att anta att Rosén förde ut sin syn på journalföring bland sina studenter på Uppsala universitet, när han senare övertog Linnés professur i medicin där. Det första systematiska journalföringssystemet tycks dock ha introducerats först något decennium senare när Serafimerlasarettet i Stockholm öppnade år 1752.²¹

Dokumentationsskyldigheter vid lasarett och kurhus

Den första författningen gällande dokumentation av hälso- och sjukvård introducerades genom en instruktion för landets länslasarett från 1817.²² Enligt instruktionen blev landets länslasarett i landet skyldiga att dokumentera samtliga

18. Beronius, *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia - eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi*; Sten Landahl, "Provinsialläkarnas årsberättelser i medicinalstyrelsens arkiv. Några anteckningar om det äldre beståndet", i *Archivistica et Medianistica. Ernesto Nygren Oblata* (Stockholm, 1956).

19. Beronius, *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia - eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi*, s. 46-53.

20. Kriterier och syften beskrivs av Inga Nilsson och Nilsson, "Medicinsk dokumentation genom tiderna". Tolkningen är författarens.

21. Nilsson, *Medicinsk dokumentation genom tiderna: en studie av den svenska patientjournalens utveckling under 1700-talet, 1800-talet och 1900-talet*, s. 45 ff.

22. Kongl. Maj:ts Nådiga Instruction för Directionerne öfver Läns-Lazarettene i Riket av den 17 december 1817.

patienter i en gemensam rulla. Patienternas hemvist, diagnos, rumsnummer, inskrivningsdag och utskrivningsdag skulle noteras. Anledningen till utskrivningen skulle också noteras; frisk, förbättrad, obotlig eller död. Skyldigheten att dokumentera ålades sjukvårdsinrättningen, inte enskilda yrkesutövare. I praktiken var det sjukhusets högste tjänsteman, sysslomannen, som hade ansvar för att rullan fördes korrekt och den skulle förvaras på sjukhusets expedition. Dokumentationen tog helt sikte på sjukhusets organisatoriska behov och hade lite att göra med den faktiska vården och behandlingen.

År 1864 utfärdades nya instruktioner för direktioner, läkare och sysslomän vid landets lasarett och kurhus.²³ Genom denna författning överlämnades ansvaret för lasaretten på landstingen som inrättats året innan. Avgörande för landstingens inrättande var försöken att reformera den politiska styrningen av den offentliga förvaltningen.²⁴ Den nya regleringen av hälso- och sjukvården hade följaktligen en ekonomisk/administrativ karaktär. 1863 utfärdade Sundhetskollegiet nationella direktiv om standardformulär för sjukjournalerna vid länslasaretten.²⁵ Även detta standardiseringsinitiativ tog sikte på annat än den patientnära vården och behandlingen och syftet tycks istället ha varit att bidra till effektiv ekonomiredovisning och tillförlitlig medicinsk statistik vid lasaretten och i riket i övrigt.²⁶

Sundhetskollegiets standardformulär implementerades rättsligt i 1901 års lasarettstadga, i vilken lasaretten förpliktigades att utöver de tidigare uppgifterna i patientrullan, föra sjukjournal, operationsjournal och obduktionsjournal i enlighet med vad medicinalstyrelsen föreskrev.²⁷ Ytterligare institutionell journalföringsskyldighet infördes på enskilda sjukhem och förlossningshem under 1931.²⁸ Här var det föreståndaren eller, om sådan inte fanns, den som var ansvarig för verksamheten som var skyldig att se till att det fördes journal över de som vårdades på hemmen. År 1960 överfördes denna skyldighet på hemmens anstaltsläkare.²⁹

Att författning som reglerade dokumentationen av den patientnära vården saknades betyder inte att sådan dokumentation inte fanns. Nilsson har tvärtom visat att de anvisningar för hur patientens behandling borde dokumenteras som

23. Kungl. Kungörelse d. 21 Okt. 1864, ang. instruktion för läkare vid länets lasarett och kurhus, den 21 oktober 1864; Kongl. Maj:ts Nådiga Instruction för Directionerne öfver Läns-Lazaretterne i Riket av den 17 december 1817.

24. Rolf Å Gustafsson, *Traditionernas öke: den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv* (Solna: Esselte studium, 1987).

25. Kungliga Sundhets.Collegium, ”Formulär n:r 25, Formulär för sjukjournal” (1863).

26. Nilsson, *Medicinsk dokumentation genom tiderna: en studie av den svenska patientjournalens utveckling under 1700-talet, 1800-talet och 1900-talet*.

27. SFS 1901 nr 83. Kongl. Maj:ts Nådiga lasarettstadga. Se 1 kap 1 § p 11.

28. Stadgan den 29 maj 1931 (nr 172) angående enskilda sjukhem och förlossningshem.

29. Stadgan (1960: 114) angående enskilda sjukhem.

Rosén hade initierat, kom att få stor betydelse för den medicinska praktiken.³⁰ Det finns all anledning att anta att de anteckningar som gjordes inom vården betraktades som en naturlig och självklar del av yrkesutövningen och det än så länge var en del av yrkesutövningen som helt kontrollerades av yrkesutövarna själva.

Dokumentationen av patienters vård och behandling blir enskilda yrkesutövaras skyldighet

Först – läkare inom psykiatrin

Den första tydligt bindande regleringen avseende dokumentation av enskilda patienters vård introducerades inom den psykiatriska tvångsvården. Under 1800-talet började de stora statliga sinnessjukhusen ta form och 1858 infördes en stadga för verksamheten där.³¹ I stadgan införs begreppet sinnessjuk och synen på vad som utgör psykisk sjukdom börjar närma sig den som gällde för fysiska sjukdomar. Stadgan har beskrivits som ett avgörande steg mot en modern lagstiftning i det att rättssäkerhetskrav ställdes på själva beslutet om psykiatrisk vård.³²

I 1858 års stadga finns ansatsen till det tvåläkare-förfarande vid beslut om tvångsomhändertagande som än idag ska dokumenteras vid beslut om psykiatrisk tvångsvård. När någon visade tecken på sinnesrubning skulle hans eller hennes tillstånd undersökas av läkare och undersökningen skulle dokumenteras i ett intyg. Vid själva intagningen skulle intyget om läkarundersökning bifogas. Det var överläkaren som beslutade om intagningen och vårdens innehåll och som följaktligen var den som skulle dokumentera beslutet. Dokumentationskravet här tycks vila snarare på administrativa intressen och avvägningar rörande patientens formella rättssäkerhet, än på behovet av att tillhandahålla ett verktyg för vård och behandling av patienten. Samtidigt var det läkarens bedömning av den enskilda patienten som var det centrala för dokumentationen och skyldigheten att dokumentera knöts här även till person, inte till institution.

Sedan provinsialläkare

1890 års läkarinstruktion bekräftade den ordning som etablerats redan med 1688 års medicinalordningar, nämligen att behörighet att utöva läkaryrket beslutades av förvaltningsmyndighet. I 1890 års läkarinstruktion formulerades detta i 55 § som att behörighet tillkom den som avlagt medicinsk licentiatexamen eller av

30. Nilsson, *Medicinsk dokumentation genom tiderna : en studie av den svenska patientjournalens utveckling under 1700-talet, 1800-talet och 1900-talet*.

31. SFS 1858:50 Kongl. Maj:ts nådiga Stadga, angående sinnessjukes behandling och vård.

32. Lars Grönwall och Leif Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning* (Stockholm: Norstedts juridik, 2006).

Kungl. Maj:ts erhållit särskild tillåtelse att utöva läkarkonsten i riket.³³

I 1890 års läkarinstruktion 38 § ålades vidare provinsialläkare att föra såväl diarium och konceptbok (innehållande tjänsterapporter, utlåtanden, obduktionsprotokoll, intyg till myndigheter etc) samt journaler över enskildas vård och behandling.

Vad journalen skulle innefatta framgår inte av instruktionen. Fokus låg istället, i såväl 38 § som i instruktionen för övrigt, på administrativ dokumentation. Rapporteringsskyldigheterna till Medicinalstyrelsen och andra myndigheter var omfattande. I 36 § framhålls betydelsen av att alla utlåtanden, intyg och upplysningar som skulle lämnas, skulle vara så fullständiga, tydliga och välgrundade som möjligt. I paragrafen återfinns också ett sekretessbrytande stadgande; provinsialläkare borde äga tillgång till alla handlingar som kunde tjäna som upplysning i ärenden. Av 37 § framgår vad som skulle gälla för det fall patienten själv önskade ett intyg. Paragrafen är formulerad som skyldighet för provinsialläkaren att vara tydlig och att basera intyget på en undersökning av patienten.

För läkare i allmänhet föreskrevs fortfarande ingen skyldighet att föra journal över patientens vård och behandling. Istället låg instruktionens fokus på dokumentation för att tillgodose administrativa och befolkningsmässiga tillsyns- och kontrollbehov; läkare skulle anmäla smittsamma sjukdomar, dödsfall och i övrigt vara behjälplig med sådana uppgifter som Medicinalstyrelsen och andra myndigheter kunde behöva.

I den öppna vården fortsatte den enskilde läkaren att ha egen kontroll över dokumentationen över den enskilda patientens vård och behandling. I läkarinstruktionen, såväl som i övrig författning, saknades som framgått ovan, regler om vad som skulle dokumenteras, men även regler rörande hur dokumentationen skulle förvaras, gallras och arkiveras.

Dokumentationsskyldigheten var inte heller sanktionerad. Att ställa läkare till svars för bristande dokumentation var alltså vanskligt.

Läkare i öppen vård blir skyldiga att föra patientjournal

Genom 1963 års läkarinstruktion blev samtliga läkare verksamma i den öppna vården individuellt ålagda att föra journal.³⁴ Av förarbetena till instruktionen framgår att den inte primärt syftade till att förbättra förutsättningarna för god vård. Istället var det behovet av anpassningar till arkivregleringen som var den akuta anledningen till den föreslagna journalföringskyldigheten.

Det var alltså rent administrativa intressen som var avgörande. Utredarna

33. SFS 1890 Nr 58 Kongl. Maj:ts nädiga instruktion för läkare, som äro för helso- och sjukvården inom visst område anstälde, äfvensom för andre som utöfva läkarkonsten.

34. Allmänna läkarinstruktionen (1963:341).

bakom förslaget till läkarinstruktion beskrev tidens patientjournaler som svåröverskådliga och enbart innefattande kortfattade diagnoser till stöd för läkarens minne, helt individuellt utformade.³⁵

Bland läkarna var motståndet starkt mot en obligatorisk journalföringsskyldighet. Det framfördes att man var osäker över om uppgifterna i en journal verkligen skulle ha ordentligt sekretesskydd. Det uppgavs också förekomma att patienter inte önskade att deras vård och behandling skulle dokumenteras, att patienter lämnade uppgifter som inte lämpade sig för journalföring och att patienter skulle undvika att söka hjälp hos läkare om journalföringen blev obligatorisk. Detta argument betonades särskilt från läkare verksamma inom psykiatrin.³⁶

I själva verket är det här som de två spåren, dokumentation för vård och behandling respektive för kontroll och styrning, behandlas på ett enhetligt vis i författningshänseende. Patientjournalen blir en del av den allmänna administrationen och enskilda läkare förlorar den professionella kontrollen över densamma.³⁷

Övriga professioners skyldigheter att dokumentera vård och behandling växer fram

Under 1900-talet första hälft börjar förekomsten av andra professioner än läkare märkas i lagförarbetena. Det rättsliga intresset riktades framförallt mot kvinnligt kodade vård- och omsorgsuppgifter. De första ansatserna för sjuksköterskans del gjordes under 1910-talets andra del och ledde till reglerad utbildning för sjuksköterskor, införandet av en inspektris för sjuksköterskeväsendet samt beslut om statsbidrag till distriktssköterskor.³⁸ Denna författning inkluderar inte några skyldigheter att dokumentera. Av förarbetena att döma skulle sjuksköterskan arbeta helt under läkares överinseende. En viktig medicinsk uppgift för sjuksköterskan ansågs vara att göra iakttagelser över den sjuke och dennes sjukdomsförloppet; rapportering skulle sedan ske till läkare. Någon självständig dokumentationsskyldighet fanns ännu inte.³⁹

Framöver började Medicinalstyrelsen och senare Socialstyrelsen utfärda föreskrifter som riktade sig mot dessa professioner och inbegrep någon form av dokumentationsskyldighet. Barnmorskor förväntades genomföra vissa medicinska

35. Inrikesdepartementet rättsavdelningen, PM med förslag till ny allmän läkarinstruktion, Dnr 3523/62, 6.11.62, i *Konseljakten 1963-05-10, nr 57*, Riksarkivet.

36. Inrikesdepartementet, ”Sammanställning över remissyttranden över PM med förslag till allmän läkarinstruktion”, i *Konseljakten 1963-05-10, nr 57*, Riksarkivet.

37. Lotta Wendel, ”När läkare blev skyldiga att föra patientjournal. En studie av introduktionen av 1963 års läkarinstruktion”, *Arkiv, Sambälle och Forskning*, 2019 nr 3, s. 6-42.

38. Kungl. Maj:ts kungörelse 1920 Nr. 233 med bestämmelser angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och sjuksköterskebyråer; Kungl. Maj:ts kungörelse 1920 Nr. 235 för inspektrisen över sjuksköterskeväsendet; Kungörelsen den 30 april 1920. (nr 234) angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor.

39. SOU 1948:17 Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal I. 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen.

arbetsuppgifter, men först 1955 ålades barnmorskor en skyldighet att dokumentera vård och behandling.⁴⁰ Denna skyldighet utsträcktes decenniet därpå till att omfatta även distriktssköterskor med utbildning i förebyggande mödravård.⁴¹ För distriktssköterskan gällde det att ”över sin verksamhet föra dagbok enligt av Medicinalstyrelsen fastställt formulär”⁴². Det är oklart hur patientnära dessa anteckningar förväntades vara.

Tandhygienister och tandsköterskor blev skyldiga att dokumentera sin vård och behandling under 1981 och här talades uttryckligen om en skyldighet att föra journal.⁴³

Att dokumentationsskyldigheten för dessa grupper reglerades på myndighetsnivå speglar uppfattningen att dokumentationsuppgiften främst betraktades som en praktisk fråga, snarare än en skyldighet av sådan principiell betydelse att den borde normeras i lag eller förordning. Den dokumentationsskyldighet som föreskrevs i föreskrifterna hade inte heller någon central placering i föreskriften, utan nämns mera i förbigående. Gemensamt för föreskrifterna rörande såväl barnmorskor och distriktssköterskor som tandhygienister och tandsköterskor är också att och på vilket sätt dessa professioners underordnade ställning tydligt kommer till uttryck. Yrkesutövarna ska rapportera till läkare respektive och tandläkare, underställa sig olika typer av normer och i övrigt bedriva sin verksamhet enligt anvisning.

Men de föreskrifter om psykologers skyldighet att föra patientjournaler som Socialstyrelsen utfärdade 1982 avviker kraftigt mot den typ av normgivning som beskrivits ovan.⁴⁴ Föreskriften rörande psykologernas journalföring framstår som det första genomarbetade regelverket rörande skyldighet att föra patientjournaler. Här beskrevs uttryckligen vad journalen skulle innehålla, hur den skulle utformas och vilka regler som skulle gälla vid ändring, förvaring och förstörande av patientjournalen. Psykologen tillskrevs också en betydligt starkare roll gentemot läkare än vad som gällde för andra sub-professioner. Även om det var den läkare som hade det medicinska ledningsansvaret för patientens vård och behandling som även ansågs ha det övergripande ansvaret för journalföringen, så skrivs det tydligt ut i föreskriften att det normalt ankom på psykologen själv att avgöra vad han skulle föra in i journalen.

40. MF 1955:121 Normalinstruktionen för den förebyggande mödra- och barnvården.

41. MF 1966:30 Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulär om tillägg till normalinstruktionen för den förebyggande mödra och barnvården.

42. MF 1964:68 Normalinstruktion för distriktssköterska; fastställt av kungl. medicinalstyrelsen den 30 juli 1964. Se 17 §.

43. SOSFS 1981:100 Socialstyrelsens föreskrifter för tandsköterskor och tandhygienister samt för tandläkare vid anlitande av tandsköterska och tandhygienist.

44. SOSFS 1982:78 Socialstyrelsens föreskrifter för psykologer om journalföring.

Dokumentation av vård och behandling blir en allmän skyldighet

När patientjournalagen infördes 1985 blev samtliga legitimerade yrkesutövare skyldiga att på lika villkor dokumentera vård och behandling.⁴⁵ När skyldigheten att dokumentera vård och behandling diskuteras inför 1984 års patientjournalag hade samtalet förändrats på ett genomgripande vis. Motsvarande förändringar märks i den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft 1983.⁴⁶ Gemensamt är ett nytt synsätt på patienten, som nu blev ett skyddsvärt subjekt gentemot vilken landstingskommunerna och hälso- och sjukvårdspersonalen fick vissa lagreglerade skyldigheter. Framförallt var det patientens integritetsskydd som lyftes fram.⁴⁷ Här ser vi de första ansatserna till en diskurs som kallats ”Patienten har rätt”, vilken senare kom att ligga till grund för ett fokus i lagstiftningen på patientens integritet, valfrihet och rättsliga ställning i övrigt.⁴⁸

Att skyldigheten kom att omfatta samtlig personal måste även ses i ljuset av samtida förändringar i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Lagstiftaren beskrev vid tiden den framtida hälso- och sjukvården som ett verksamhetsområde där gamla yrkesgrupper förväntades att i framtiden arbeta sida vid sida med successivt allt fler yrkesgrupper. Det kommande samarbetet var en företeelse så okänd och färsk under 1970-talet att den i förarbetena benämns ”s.k. lagarbete”.⁴⁹

I enlighet med att ansvaret på att patientens integritetsskydd skulle placeras på personalkollektivet, beskrevs huvudsyftet med 1983 års patientjournalag i termer av ansvarsutkrävande. Patientjournalens betydelse som bevismedel i ansvarsärenden framhölls alltså starkt. Om vården skulle brista i något avseende var det nödvändigt att saken kunde utredas så att eventuella fel och försummelser kunde klarläggas och beivras.⁵⁰

Sammanfattande slutsatser

Fram till 1963 års läkarinstruktion överlämnades frågan om vad patientjournalen närmre skulle innehålla helt till den enskilda behandlande läkaren. Den reglering som fanns tog sikte på sådan dokumentation som hade med den administrativa styrningen av hälso- och sjukvården att göra. Läkarna protesterade

45 Patientjournalag (1985:562).

46 Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

47 Rikard Friberg von Sydow, ”Patientjournalen mellan integritet och datorisering”, *Arkiv, samhälle och forskning* 1 (2017): 6–26.

48 Eva Bejerot, ”Patienten i centrum - ett tvingande styrningsideal”, i *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*, red. Hans Hasselbladh, Eva Bejerot, och Rolf Å. Gustafsson, 2008, 137–54; Lotta Wendel, ”Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård”, *Förvaltningsrättslig tidskrift*, nr 1 (2015): 62–87.

49 SOU 1978:26 Hälso- och sjukvårdspersonalen : ansvarsfrågor : samverkan personal - patienter : huvudbetänkande.

50 SOU 1984:73 Patientjournalagen : Huvudbetänkande av journalutredningen; Proposition 1984/85:189 om patientjournalag m.m.

kraftigt mot att införa en generell skyldighet att föra patientjournal. De anförde det var en fråga som professionen själv borde råda över och att skyldigheten riskerade att skada de patienter som inte ville att deras vård skulle dokumenteras. När dokumentationsskyldigheter började synas i författning för andra yrkesutövare inom hälso- och sjukvården, kom dessa främst i uttryck i myndighetsföreskrifter av tillämpningskaraktär.

Regleringen för psykologers journalföring avviker dock här, genom en tydligt konstruerad dokumentationsskyldighet som är självständigt konstruerad i förhållande till ansvarig läkare.

Först med 1984 års patientjournal kom dokumentationen av vård och behandling att bli en allmän skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal, och alltså likställd med skyldigheten att dokumentera övrig administration.

Från ett patientperspektiv är det slående att patienten betraktas som ett skyddsvärt objekt först när patientjournalen infördes. Bara i regleringen av den psykiatriska tvångsvården hade betydelsen av rättssäkerhetsgarantier för patienten tidigare uppmärksammats.