



JURIDISKA FAKULTETEN  
vid Lunds universitet

Cecilia Wistrand

**Patientens rätt att ta del av sin journal.**  
En integritets- och patientsäkerhetsanalys av vårdgivarens  
möjlighet att medge direktåtkomst via nätet.

LAGM01 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet  
30 högskolepoäng

Handledare: Titti Mattsson

Termin för examen: period 1 VT 2015

# Innehållsförteckning

<b>Summary .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>Förord.....</b>	<b>6</b>
<b>Förkortningar .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>8</b>
1.1 Juridisk bakgrund .....	8
1.2 Syfte och avgränsning .....	9
1.3 Frågeställningar .....	10
1.4 Metod .....	10
1.5 Forskningsläge och viktiga begrepp.....	11
1.6 Material .....	13
1.7 Disposition .....	13
<b>2. Hälso- och sjukvård i Sverige.....</b>	<b>14</b>
2.1 Introduktion till hälso- och sjukvårdens regelverk.....	15
2.2 Hälso- och sjukvårdens organisation.....	15
2.3 Kapitelsammanfattning .....	16
<b>3. Rättsutvecklingen .....</b>	<b>17</b>
3.1 Historiskt om journalbegreppet.....	17
3.2 Förrättsligande av patientens ställning.....	18
3.3 Patientjournalagen.....	19
3.4 Patientdatalagen .....	21
3.5 Förslag på ny hälso- och sjukvårdsdatalag.....	23
3.6 Kapitelsammanfattning och analys .....	25
<b>4. Uppgifterna i en journal .....</b>	<b>27</b>
4.1 Patientdatalagens tillämpningsområde och syfte .....	27
4.2 Begreppet journal och journalföringsskyldigheten .....	28
4.2.1 Patientjournalens innehåll.....	28
4.2.2 Signeringskravet och kravet på journalens språk .....	29
4.3 Kapitelsammanfattning .....	30
<b>5. Patientens rätt till information om sig själv.....</b>	<b>31</b>
5.1 Allmänt om hälso- och sjukvårdssekretessen.....	31
5.2 Patientens rätt till information om sig själv .....	32
5.2.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet.....	32
5.2.2 Patientens rätt att ta del av sin journal .....	33
5.2.3 Patientens möjlighet att ta del av sin journal via nätet .....	34
5.3 Begränsningar i patientens rätt till information om sig själv .....	36

5.4 Kapitelsammanfattning och analys .....	37
<b>6. Enskilda direktåtkomst – exempel på utfallet av 5 kap. 5 § PDL .....</b>	<b>40</b>
6.1 Det nationella eHälsarbetet .....	40
6.2 Gemensam infrastruktur möjliggör enskilda direktåtkomst .....	41
6.3 Journalen och Vårdhändelser .....	41
6.4 Regelverk för e-tjänsten Journalen .....	42
6.4.1 Datainspektionen om regelverket för Journalen .....	43
6.4.2 Region Skånes regler för Journalen .....	44
6.5 Kapitelsammanfattning och analys .....	45
<b>7. Analys och slutsatser .....</b>	<b>47</b>
7.1 Arbetets frågeställningar .....	47
7.1.1 Patientens rätt att läsa sin journal har stärkts över tid .....	47
7.1.2 Direktåtkomst kan ses som komplement till informationsskyldigheten .....	48
7.1.3 Enskilda direktåtkomst införs i allt fler landsting och regioner .....	50
7.2 Slutsatser .....	51
7.2.1 Är det patientsäkert att låta patienten läsa sin journal via nätet? .....	51
7.2.2 Påverkar direktåtkomst till journalen patientens integritet? .....	53
7.3 Avslutande kommentarer .....	54
<b>Bilaga A .....</b>	<b>55</b>
<b>Bilaga B .....</b>	<b>57</b>
<b>Bilaga C .....</b>	<b>58</b>
<b>Käll- och litteraturförteckning.....</b>	<b>59</b>

## Summary

This essay examines the rule in the Swedish Patient Data Act (Patientdatalagen), which says that it is possible to give the patient access to his/her medical record via the Internet. The aim with the essay is to examine whether the computerization of health care in Sweden has had any impact on the patient's right to information about his/her medical status. By examining this, the essay analyses the rule that gives the patient access to his/her medical record via the Internet, from a patient safety and an integrity perspective.

In Sweden, a medical record in public health care has the legal status of a public document. This means that medical records are included in the Swedish principle of public access to official records. But Sweden also has rules concerning patient secrecy. These rules are gathered in the Public Access to Information and Secrecy Act. The fundamental principle in this Act is that no one in the health care system is permitted to release information about the patient without the patient's consent. However the Public Access to Information and Secrecy Act also states that in most cases, there is no secrecy towards the patient. The first question in this essay seeks to find an answer to whether the patient's right to read his/her medical record has varied from 1930 until today. One result from this historical perspective is that the patient's right to read his/her medical record has increased.

The second question in this essay seeks to find an answer to what legal rights the patient has to information about his/her medical status. The essay answers this question by examining the Patient Act and the Patient Data Act. This examination shows that the patient's right to information is an important principle in Swedish health care. It is even argued that the principle can be derived from the constitutional prohibition of subjecting anyone to a forced bodily intervention. However, it is also shown that there are a few situations in which the patient is not allowed to read his/her medical record.

The essay's third and last question deals with the process of implementing the rule that allows the patient access to his/her medical record via the Internet. One result from studying this process is that the technical system used for providing this e-service, has problems reaching up to the legal terms in the Patient Data Act.

To conclude, the present e-services that allow patients access to their medical record, can be criticized both from a patient safety and an integrity perspective. Still, access to the medical record via the Internet, can be a valuable service for the patient. However, the e-service used for this, will probably have to be improved in order to fulfill the legal terms in the Swedish Patient Data Act.

## Sammanfattning

Den här uppsatsen handlar om bestämmelsen i 5 kap. 5 § Patientdatalagen (2008:355), PDL, som möjliggör för patienten att läsa sin journal via internet. Uppsatsen handlar även om journalens rättsliga status och ramverk, samt om patientens rätt att ta del av sin journal. Det övergripande syftet med uppsatsen är att undersöka hur datoriseringen av hälso- och sjukvården och dess möjlighet till effektivare informationsutbyte, har påverkat patientens rätt att ta del av information ur sin journal. Avsikten med syftet har varit att kunna analysera bestämmelsen i 5 kap. 5 § PDL ur ett integritets- och patientsäkerhetsperspektiv. För att besvara syftet har uppsatsen tagit hjälp av tre frågeställningar.

Den första frågeställningen handlar om hur journalen blev allmän handling och hur patientens rätt att få läsa sin journal har varierat över tid. Frågan besvaras genom en redogörelse över patientjournalens rättsutveckling. En viktig slutsats som kan dras från att studera rättsutvecklingen är att patientens rätt att läsa sin journal successivt har stärkts. Vidare visas att patientjournalen kom att omfattas av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar på grund av rättstillämpningen och JO-uttalanden. Redogörelsen av rättsutvecklingen konstaterar också att det endast är inom den offentliga vården som journalen är en allmän handling. Att kunna ta del av sin journal är dock huvudregeln även inom den privata vården.

Genom uppsatsens andra frågeställning undersöks vad patientens rätt till information om sig själv innebär och om denna rätt påverkar bestämmelsen i 5 kap. 5 § PDL. Denna frågeställning besvaras med utgångspunkt i vad som enligt lagtext och förarbeten utgör gällande rätt. Beskrivningen av gällande rätt visar att patientens rätt till information om sig själv är en viktig princip inom hälso- och sjukvården. Denna princip uttrycks idag i 3 kap. Patientlagen (2014:821), där det fastslås att hälso- och sjukvårdspersonal har en informationsskyldighet gentemot patienten. I uppsatsen görs slutsatsen att patientens rätt till information om sig själv hänger samman med att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i sin vård. I uppsatsen påstås att vårdgivarens möjlighet att medge patienten direktåtkomst till journalen kan ses som ett komplement till informationsskyldigheten. Men som uppsatsen visar, finns ett antal begränsningar i patientens rätt till information om sig själv, vilka enligt lagstiftaren måste respekteras vid tillämpningen av 5 kap. 5 § PDL. De tekniska system som tillhandahåller patienten journalen via nätet,

måste därför kunna filtrera bort uppgifter som omfattas av sekretess eller tystnadsplikt i förhållande till patienten.

Arbetets tredje frågeställning handlar om vilken roll enskilda direktåtkomst har i det nationella eHälsoarbetet och vad som kännetecknar utfallet av 5 kap. 5 § PDL. Frågeställningen besvaras genom att implementeringsprocessen av 5 kap. 5 § PDL beskrivs. Redogörelsen av denna process visar att alltfler landsting väljer att införa journalen via nätet och att det finns en tydlig politisk vilja om att patienten ska ha tillgång till sin journal på elektronisk väg. En slutsats av utfallet av 5 kap. 5 § PDL är att de e-tjänster (*Journalen* och *Vårdhändelser*) som i nuläget tillhandahåller journalen via nätet, har svårt att kontrollera efterlevnaden av bestämmelserna om begränsningarna i patientens rätt att ta del av sin journal. Enligt en dom från Förvaltningsrätten i Stockholm meddelad den 20 maj i år, saknas dessutom rättsligt stöd för den funktion i e-tjänsten Journalen som möjliggör att ett ombud kan ta del av patientens journal med dennes samtycke.

Sammantaget visar en analys av vad som redovisats i uppsatsen att utfallet av 5 kap. 5 § PDL kan kritiseras ur ett patientsäkerhets- och integritetsperspektiv. Trots de invändningar som framförs i nämnda avseenden är arbetets slutsats att möjligheten att medge patienten tillgång till sin journal via nätet ligger i tiden. Att låta patienten läsa sin journal via nätet är dessutom inte uppenbart oförenligt med hälso- och sjukvårdens mål, vilket enligt 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, är att alla medborgare ska erbjudas en god vård på lika villkor. I ljuset av denna bestämmelse är det dock önskvärt att patienten medges direktåtkomst under samma förutsättningar i hela landet. Enligt uppsatsen är det även viktigt att de tekniska system som tillhandahåller journalen via nätet förmår uppfylla kraven i PDL.

## Förord

På väg till förskolan dalar vita blomblad från himlen. Det är tidigt i maj månad och körsbärsträdens kronblad seglar redan ner mot marken. Tvååringen lyssnar uppmärksamt när jag entusiastiskt berättar att det inte är snö utan blommor som faller på oss. En stund senare tjuiter hon av förtjusning över att se en grävmaskin. Säger att hon vill visa grävmaskinen för pappa. Jag ler inombords. Installerad framför datorn för att slutföra detta arbete och därmed hela juristutbildningen, tänker jag på vilken rikedom det är att få uppleva dessa små stunder av lycka i vardagen. Tack Jonatan och Sofie. Det här examensarbetet tillägnas er.

Lund den 7 maj 2015,

Cecilia Wistrand

## Förkortningar

eHälsa	elektronisk hälsa
e-förvaltning	elektronisk förvaltning
e-tjänst	elektronisk tjänst
EKMR	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna
FB	Föräldrabalk (1949:381)
Hb	Hemoglobin
HSA	Tidigare ”hälso- och sjukvårdens adressregister”, nu katalogtjänst
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
JO	Justitieombudsmannen
LYHS	lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
NPÖ	Nationell Patientöversikt
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
PDL	Patientdatalag (2008:355)
Prop.	Proposition
PuL	Personuppgiftslag (1998:204)
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
RF	Regeringsform (1974:152)
SITHS	Säker IT-användning i hälso- och sjukvården
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Skr.	Skrivelse
SLL	Stockholms läns landsting
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
TF	Tryckfrihetsförordning (1949:105)



# 1. Inledning

Patientjournalen är ett dokument som fyller flera funktioner, men som inom hälso- och sjukvården i första hand fungerar som en informationskälla i tid och rum. Patientjournalen är också ett dokument som kan innehålla uppgifter av känslig natur och som därför omfattas av sekretess. Att journalen kringgärdas av sekretesskydd innebär att inte vem som helst har tillgång till den. På senare år har emellertid frågan om *vem* som har rätt till informationen i journalen och *hur* patientjournalen ska tillgängliggöras kommit att debatteras bland hälso- och sjukvårdspersonal. Debatten har framförallt handlat om möjligheten att göra journalen tillgänglig via nätet.<sup>1</sup> Många yrkesutövare inom hälso- och sjukvården hyser ännu ett motstånd till journalen via nätet, men den politiska viljeriktningen är tydlig. Ett exempel på detta är att den nationella strategin inom *eHälsa* uttrycker att det behövs e-tjänster som ger patienten mer information om den egna vården.<sup>2</sup> Den här uppsatsen handlar om denna politiska viljeriktning, om det juridiska ramverket kring journalen som dokument och om patientens rätt att ta del av sin egen journal.

## 1.1 Juridisk bakgrund

Den offentliga hälso- och sjukvården styrs av bestämmelsen om *sekretess* i 25 kap. 1 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Bestämmelsen säger att det råder *sekretess* för uppgift om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider *men*. För den privata hälso- och sjukvården gäller bestämmelsen om *tystnadsplikt* i 6 kap. 12 § första stycket Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Denna bestämmelse säger att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

För att en person som är anställd inom hälso- och sjukvården ska få ta del av en patientjournal på elektronisk väg, så måste han eller hon vara *behörig*. Att obehörigen bereda

---

<sup>1</sup> Grewin, Bernhard: ”Den tillgängliga journalen”. I: *Läkartidningen* nr 35, 2003; Björk, Anne: ”Journal på nätet, för vem”. I: *Läkartidningen* nr 41, 2011; samt Lyttkens, Leif: ”Sorgliga angrepp på Min journal på nätet”. I: *Läkartidningen* nr 13, 2013.

<sup>2</sup> Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, s. 15. Nedladdad den 11 maj 2015 från <http://www.nationellehalsa.se/nationell-ehalsa>

sig tillgång till en elektronisk journal är straffbart enligt bestämmelsen om dataintrång i 4 kap. 9 c § Brottsbalken.<sup>3</sup> Behörighet är således ett centralt begrepp och i Patientdatalagen (2008:355), PDL, finns ett antal bestämmelser om när någon är behörig att ta del av en elektronisk patientjournal.

Behörighet kan dels finnas inom ramen för den *inre sekretessen* och benämns då *elektronisk åtkomst*. I 4 kap. 1 § PDL definieras inre sekretess som att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete. Inre sekretess handlar alltså något förenklat om vad personal inom en verksamhet får lov att röja för sekretessbelagda uppgifter till sina arbetskamrater.<sup>4</sup> Behörighet kan också finnas inom ramen för *sammanhållen journalföring*. Sammanhållen journalföring innebär att olika vårdgivare tillsammans kan skapa databaser eller informationssystem för vårddokumentation som gör det möjligt att få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar.<sup>5</sup> Patienten kan motsätta sig att hans eller hennes elektroniska journal blir tillgänglig för andra vårdgivare. Gör patienten det kan andra vårdgivare inte läsa patientens journal, men de kan däremot se att det finns spärrade uppgifter om patienten, samt var dessa spärrade uppgifter finns (6 kap. 2 § andra stycket PDL). Ytterligare en slags behörighet som regleras genom PDL, är möjligheten i 5 kap. 5 § att medge *enskild direktåtkomst*. Med andra ord möjligheten för patienten att läsa sin journal via nätet.

## 1.2 Syfte och avgränsning

Det övergripande syftet med denna uppsats är att undersöka hur datoriseringen av hälso- och sjukvården med dess möjlighet till allt effektivare informationsutbyte, har påverkat patientens rätt att ta del av information ur sin journal. Avsikten med detta är att kunna analysera bestämmelsen i 5 kap. 5 § PDL ur ett integritets- och patientsäkerhetsperspektiv. Uppsatsen handlar således om möjligheterna till informationsutbyte i hälso- och sjukvården, men särskilt om patientens rätt till information om sig själv. En första avgränsning i uppsatsen är följaktligen att elektronisk åtkomst inom ramen för den inre sekretessen och sammanhållen journalföring inte redogörs för i detalj, utan endast i den mån det är av betydelse för

---

<sup>3</sup> Prop. 2007/08:126 s. 238.

<sup>4</sup> SOU 2006:82 s. 356.

<sup>5</sup> SOU 2006:82 s. 289.

möjligheten att medge enskild direktåtkomst. En andra viktig avgränsning är att uppsatsen endast behandlar svensk rätt. Eftersom Europakonventionen, EKMR, är inkorporerad i svensk rätt, så kommer uppsatsen att ta upp konventionens bestämmelser i den mån det är relevant. En tredje avgränsning av uppsatsen är den tidsperiod som studeras: från 1900-talet och fram till idag. Tyngdpunkten i den historiska framställningen är dock 1980-talet och framåt. Anledningen till detta är att det före 1980-talet inte fanns någon lag som reglerade skyldigheten att föra journal. En sista avgränsning gäller att uppsatsen inte analyserar eventuella skillnader i bestämmelserna om sekretess respektive tystnadsplikt. Analysen av 5 kap. 5 § PDL gäller således i första hand den offentligt drivna hälso- och sjukvården, med vilket här avses såväl somatisk som psykiatrisk vård.

### 1.3 Frågeställningar

Mot bakgrund av uppsatsens syfte strävar uppsatsen efter att besvara följande frågeställningar:

- Hur blev journalen allmän handling och hur har patientens rätt att få läsa sin journal varierat över tid?
- Vad innebär, i juridiskt hänseende, patientens rätt till information om sig själv och påverkar denna rätt möjligheten att medge enskild direktåtkomst?
- Vilken roll har enskilds direktåtkomst i det nationella eHälsarbetet och vad kännetecknar utfallet av 5 kap. 5 § PDL så här långt?

### 1.4 Metod

I den här uppsatsen används den traditionella rättsvetenskapliga metoden. Detta innebär att arbetet söker svaret på vad som är gällande rätt i rättskällorna, såsom lagstiftning, förarbeten och juridiska monografier.<sup>6</sup> Arbetet innehåller även material som inte är rättskällematerial. Detta material skulle med rättsvetaren Claes Sandgrens begreppsapparat kunna beskrivas som

---

<sup>6</sup> Kleineman, Jan: "Rättsdogmatisk metod". I: *Juridisk metodlära (red. Fredric Korling och Mauro Zamboni)*, Lund 2013, s. 21.

*empiriskt material*.<sup>7</sup> Detta empiriska material används främst i syfte att visa rättens praktiska *funktion* ifråga om tillämpningen av 5 kap. 5 § PDL. Förhoppningen är att detta ska ge en bild av vad som är gällande rätt i faktiskt mening.<sup>8</sup> Examensarbetet innehåller också ett rättsutvecklingsperspektiv, vilket innebär en historisk tillbakablick där framväxten av patientjournalens rättsliga reglering undersöks. Sammantaget innehåller den valda metoden således tre komponenter: den rättsdogmatiska metoden, empiriskt material och ett rättsutvecklingsperspektiv.

## 1.5 Forskningsläge och viktiga begrepp

I Sverige finns endast ett fåtal juridiska avhandlingar med koppling till hälso- och sjukvårdsrätt och den rättsvetenskapliga forskningen inom området är allmänt sett begränsad. I arbetet med denna uppsats har fyra avhandlingar som handlar om hälso- och sjukvårdens regelverk hittats.<sup>9</sup> Av dessa fyra är det främst Ulrika Sandéns avhandling från år 2012 som analyserar patientjournalen. En förklaring till att hälso- och sjukvårdsrätt inte har särskilt mycket utrymme inom juridisk forskning står att finna i det som Leila Brännströms avhandling belyser, nämligen att tillkomsten av lagbestämmelser om patientens ställning, det s.k. *förrättsligandet* av patientens ställning, tog fart på 1970-talet och därmed är något relativt nytt i svensk rätt. Därtill har det sannolikt betydelse att hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte är en rättighetslagstiftning. Patienten har alltså inte några direkta rättigheter som denne kan utkräva genom att vända sig till en domstol. Patientens rättigheter uttrycks nämligen i lagtext såsom huvudmännens och vårdprofessionernas skyldigheter. Med andra ord kan patienten inte vända sig till vare sig förvaltningsdomstol, allmän domstol eller annan instans och kräva sin rätt till en viss vård och behandling. Det finns emellertid ett par undantag som ger patienten möjlighet att gå till domstol. Ett av dessa undantag är intressant nog att patienten kan vända sig till förvaltningsdomstol för att överklaga beslut om avslag vid begäran om journalutlämnande.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Sandgren Claes: "Empiri och rättsvetenskap". I: Juridisk Tidskrift 95/96, s. 731 f. Med *empiriskt material* avses här material som inte utgör rättskällematerial.

<sup>8</sup> Sandgren a.a. s. 742.

<sup>9</sup> Rynning, Elisabeth: *Samtycke till medicinsk vård och behandling.*, Uppsala 1994; Brännström, Leila: *Förrättsligande. En studie av rättens risker och möjligheter med fokus på patientens ställning.*, Lund 2009; Axelsson, Ewa: *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård. En medicinerättslig studie.*, Uppsala 2011; samt Sandén, Ulrika: *Sekretess och tystnadsplikt inom offentlig och privat hälso- och sjukvård. Ett skydd för patientens personliga integritet.*, Umeå 2012.

<sup>10</sup> Brännström a.a. s. 226.

Till skillnad från tidigare juridisk forskning på området, så vill den här uppsatsen undersöka hur datoriseringen påverkat informationshanteringen inom hälso- och sjukvården. Uppsatsen kan därför sägas beröra utvecklingen inom det som på senare år kommit att kallas för eHälsa<sup>11</sup>. Även om rättens roll i utvecklingen av just eHälsa inte har varit föremål för juridisk forskning, så finns det ifråga om e-förvaltning, d.v.s. hur offentlig sektor förändrats genom intåget av informationsteknologi (IT), forskning som berör rättens roll i denna utveckling. Ett exempel är artikeln *Regeringsformen och förvaltningen – styrning och rättslig reglering* skriven av Bengt Lundell, Titti Mattsson, Vilhelm Persson och Henrik Wenander år 2012.<sup>12</sup> Dessutom har Titti Mattsson i artikeln *Socialtjänst och e-förvaltning. E-tjänster för äldre och personer med funktionshinder*<sup>13</sup>, uppmärksammat vissa integritets- och rättssäkerhetsfrågor i samband med användning av e-tjänster inom socialtjänsten.

Patientsäkerhet och integritet brukar anges som viktiga utgångspunkter för informationshanteringen inom hälso- och sjukvården.<sup>14</sup> Att låta patienten läsa sin journal via nätet aktualiserar därför frågor kring huruvida detta är *patientsäkert* och om det påverkar patientens *integritet*. Begreppet patientsäkerhet har en legaldefinition i 1 kap. 6 § PSL. I bestämmelsen står dock enbart att patientsäkerhet avser skydd mot vårdskada. Ewa Axelsson kommer i sin avhandling *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård*, fram till att begreppet i praktiken svårligen låter sig definieras. Enligt henne handlar patientsäkerhet om att patienten ska skyddas från att skadas eller utsättas för risker i hälso- och sjukvården.<sup>15</sup> Detta är också vad som avses med begreppet i denna uppsats. Begreppet integritet, saknar en legaldefinition inom hälso- och sjukvården. Begreppet kan därför tänkas handla om många saker. Till exempel skulle det kunna handla om att inte kränka patienten genom att skriva nedsättande om honom eller henne i journalen. Det kan också handla om att värna den personliga integriteten genom att vidta åtgärder för att obehöriga inte ska ta del av känslig information om patienten. I den här uppsatsen syftar begreppet integritet huvudsakligen på denna senare definition.

---

<sup>11</sup> Flertalet begrepp i framställningen presenteras i den löpande texten. Begreppet eHälsa kommenteras i kap. 6.1.

<sup>12</sup> Lundell, Bengt m.fl.: ”Regeringsformen och förvaltningen – styrning och rättslig reglering”. I: *Statsvetenskaplig tidskrift* 2012.

<sup>13</sup> Mattsson, Titti: ”Socialtjänst och e-förvaltning. E-tjänster för äldre och personer med funktionshinder”. I: *Förvaltningsrättslig Tidskrift* 2010.

<sup>14</sup> Se 1 kap. 2 § första stycket PDL.

<sup>15</sup> Axelsson a.a. s. 42f.

## 1.6 Material

Arbetsmaterialet i denna uppsats utgörs framförallt av *rättskällorna* lagtext och förarbeten. Patientdatalagens karaktär av ramlagstiftning gör emellertid att även myndighetsföreskrifter och myndighetshandböcker i viss mån måste beaktas. I skrivande stund finns inga rättsliga avgöranden som handlar om journalen via nätet. Däremot har Datainspektionen genom ett tillsynsbeslut kritiserat Landstinget i Uppsala län för deras nuvarande sätt att erbjuda sina invånare journalen via nätet.<sup>16</sup> Tillsynsbeslutet tas med som ett exempel på utfallet av 5 kap. 5 § PDL. Av den *litteratur* som använts i arbetet förtjänar Ulrika Sandéns avhandling ett omnämnande. Avhandlingen har haft stor betydelse för arbetets disposition och angreppssätt. Ett särskilt omnämnande förtjänar även Agneta Ranerups bidrag i antologin *Förvaltning och medborgarskap i förändring*.<sup>17</sup> Ranerups kapitel har bidragit med värdefull förståelse i arbetet med att försöka beskriva den svenska hälso- och sjukvårdens organisation och utvecklingen inom eHälsa.

## 1.7 Disposition

Den här uppsatsen är indelad i sju kapitel. I kapitel två, kommer den svenska hälso- och sjukvårdens regelverk och organisation att presenteras i korthet. Kapitel tre innehåller därefter en genomgång av rättsutvecklingen. Här beskrivs hur patientjournalens rättsliga reglering vuxit fram. I kapitel fyra inleds redogörelsen av gällande rätt genom att förklara skyldigheten att föra journal och beskriva vilka uppgifter en journal ska innehålla. Kapitel fem fortsätter redogörelsen av gällande rätt genom att redogöra för patientens rätt till information om sig själv. I kapitel sex lämnas beskrivningen av gällande rätt och arbetet försöker istället teckna en bild av hur 5 kap. 5 § PDL tillämpas i praktiken. För att underlätta läsningen av arbetet avslutas kapitel två - sex med en sammanfattning. I ett par av nämnda kapitelsammanfattningar förekommer även analys av vad som redovisats i respektive kapitel. Det sjunde och avslutande kapitlet redovisar arbetets slutsatser och lyfter åter fram arbetets övergripande syfte.

---

<sup>16</sup> Datainspektionens beslut den 2 juni 2014 med dnr 137-2014.

<sup>17</sup> Ranerup, Agneta (1): "Patient, medborgare eller konsument? Individens roller visavi sjukvården och arbetet med en svensk sjukvårdsportal". I: *Förvaltning och medborgarskap i förändring* (red. Katarina Lindblad-Gidlund m.fl.), Lund 2010.

## 2. Hälso- och sjukvård i Sverige

Hälso- och sjukvården är en samhällssektor som förvaltar ett betydande förtroendekapital. Detta gäller inte minst allmänhetens tillförsikt om patientjournalen som en sekretesskyddad handling. För att förstå patientjournalens rättsliga reglering är det angeläget att i övergripande ordalag teckna den svenska sjukvårdens organisation. I det här kapitlet ges denna bakgrundsinformation.

Ett av den svenska hälso- och sjukvårdens utmärkande drag, är att den präglas av decentralisering. Förvisso har staten ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdspolitiken, men det är de 20 landstingen (varav 9 utgör regioner) och de 290 kommunerna som är skyldiga att ta det direkta ansvaret för att planera och erbjuda sin befolkning hälso- och sjukvård.<sup>18</sup> Detta följer av 3 § första stycket HSL där det sägs att landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget, samt 18 § HSL där en kommun ges ansvar för vården åt äldre i särskilda boenden och för vården av personer med funktionshinder i särskilda boenden. (Jfr 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § tredje stycket Socialtjänstlagen (2001:453), SoL.)

Ett annat kännetecken för svensk hälso- och sjukvård är att merparten av vården är offentligt finansierad av landsting eller kommuner. En del av den offentligt finansierade vården drivs förvisso av privata vårdgivare, men helt privatfinansierad hälso- och sjukvård utgör en mycket liten andel av den totala hälso- och sjukvårdsproduktionen.<sup>19</sup> Kommunerna och landstingen började anlita privata vårdgivare i allt större utsträckning på 1990-talet och andelen privata vårdgivare har sedan dess vuxit. Trots det svarade privat vård och omsorg år 2014 endast för cirka 12 % av den totala hälso- och sjukvården. Variationen i landet är emellertid stor och störst andel privata aktörer återfinns i Stockholms läns landsting.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> SOU 2014:23 s. 80f.

<sup>19</sup> SOU 2014:23 s. 80f.

<sup>20</sup> SOU 2014:23 s. 83ff.

## 2.1 Introduktion till hälso- och sjukvårdens regelverk

Hälso- och sjukvårdens regelverk har stort inflytande på utformningen av den vård som erbjuds i såväl offentlig som privat regi. Målet för hälso- och sjukvården är enligt 2 § HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Den som bedriver hälso- och sjukvård är skyldig att uppfylla kravet på god vård. Detta krav innebär enligt första stycket i 2 a § HSL att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

För att kunna erbjuda den enskilde god vård är det viktigt att hälso- och sjukvården kan hantera informationen om patienten på ett ändamålsenligt sätt. Den offentliga hälso- och sjukvårdens informationshantering styrs ytterst av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, arkivlagen (1990:782) och tryckfrihetsförordningen, TF. Förutom de övergripande bestämmelser som nu nämnts, regleras hälso- och sjukvårdens informationshantering, både i offentlig och enskild verksamhet, av Patientdatalagen (2008:355), PDL. Lagen utgör en ramlagstiftning och kompletterande bestämmelser återfinns därför i patientdataförordningen (2008:360) och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

## 2.2 Hälso- och sjukvårdens organisation

Den enskilde har i kontakten med hälso- och sjukvården traditionellt benämnts som patient. På senare år har emellertid termerna konsument och kund kommit att användas synonymt med patientbegreppet. Patientens möjlighet att välja utförare av sin vård, kan till exempel ses som ett sätt att försöka få patienten att bli vårdkonsument.<sup>21</sup>

Att som patient aktivt välja sin hälso- och sjukvård, samt utvärdera den, ställer vissa krav på patienten. Det är därför relevant att undra varför hälso- och sjukvården utsätter

---

<sup>21</sup> Ranerup (1), a.a. s. 83ff.



patienter för detta. En förklaring kan vara att statens sätt att organisera sin förvaltning speglar olika sätt att försöka uppnå kravet på legitimitet, det vill säga att uppnå medborgarnas förtroende i genomförandet av en viss politik. Detta är något som hävdas av statsvetaren Bo Rothstein i antologin *Politik som organisation*. Bo Rothstein använder termen marknadsorienterad genomförandemodell ifråga om den förvaltningsform som brukar betrakta den enskilde medborgaren som konsument eller kunder. Besluten på ”marknaden” rättfärdigas genom att de anses fattade av individerna själva, det vill säga allmänheten, genom deras fria val. När detta resonemang appliceras på hälso- och sjukvården innebär individens möjlighet att välja vård, att hon får ”rösta med fötterna”. Det som inte styrs centralt uppifrån, förmodas med andra ord vara möjligt att påverka nerifrån. Rothstein menar att den marknadsorienterade förvaltningsmodellen utgår från att alla medborgare ska ha lika möjligheter att påverka. Med andra ord har den marknadsorienterade modellen ett jämlikhetsideal. Enligt Rothstein medför dock detta jämlikhetsideal ett problem. Detta problem beskriver Rothstein som att jämlikhetsidealet underförstått förutsätter att alla individer har något sånär likartade möjligheter att skaffa sig den information de behöver för att kunna göra rationella val. Bo Rothstein menar att detta inte alltid är självklart i praktiken.<sup>22</sup>

### 2.3 Kapitelsammanfattning

Det här kapitlet visar inledningsvis att staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdspolitik. Vidare framgår att hälso- och sjukvården till större delen är offentligt finansierad, samt att den kännetecknas av decentralisering.

Kapitlet visar sedan i avsnitt 2.1 att 2 § HSL säger att målet för hälso- och sjukvården är en god vård på lika villkor för hela befolkningen. I ljuset av denna bestämmelse, så handlar reglerna om informationshanteringen i hälso- och sjukvården om att hantera informationen om patienten på ett sätt som tillförsäkrar patienten en god vård. En annan viktig princip inom hälso- och sjukvården framkommer genom 2 a § HSL och denna princip säger att hälso- och sjukvården ska respektera patientens självbestämmande och integritet.

I avsnitt 2.2 framhålls att den svenska hälso- och sjukvården är marknadiserad. Ett exempel på detta är patientens möjlighet att välja utförare av sin vård.

---

<sup>22</sup> Rothstein, Bo: ”Välfärdsstat, förvaltning och legitimitet”. I: *Politik som organisation* (red. Bo Rothstein), Lund 2014, s. 27f.

### 3. Rättsutvecklingen av patientjournalen

Från 1980-talet och framåt har det instiftats flera nya lagar i syfte att stärka patientens ställning. Det var också på 1980-talet som den första lagen om journalföring trädde ikraft. I det här kapitlet undersöks framväxten av patientjournalens rättsliga reglering. Kapitlet försöker härigenom besvara frågan om hur patientens rätt att få läsa sin journal har varierat över tid.

#### 3.1 Historiskt om journalbegreppet

Journalföring i hälso- och sjukvården utgjorde från början helt och hållet en arbetsuppgift för läkare. Varje patient hade en egen journal och i journalen gjorde läkaren återkommande noteringar om vården av patienten. Journalen var därför en ”bunden liggare” bestående av läkarens anteckningar. Vid 1900-talets början började journalen mer få karaktären av en aktsamling. I denna aktsamling samlades olika vårdprofessioners anteckningar om åtgärder för vård och behandling, provsvar m.m. Men trots att allt fler yrkesgrupper kom att föra anteckningar, blev själva begreppet journal förbehållet noteringar gjorda av läkare.<sup>23</sup> Längre betraktades dessutom själva anteckningen i sig som den enskilde läkarens privata minnesanteckningar. Att läkaren betraktade anteckningar om sina patienters vård som sina egna, innebar att inte heller patienten ansågs ha någon självklar rätt att läsa sin journal:

”Läkaren förklarade för en 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 än mindre besvär.”<sup>24</sup>

Vidare kom 1937 års sekretesslag att innehålla en skyldighet att i vissa fall hemlighålla uppgifter om patientens hälsotillstånd för patienten själv. 14 § *lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar*, sa att en handling inom offentlig hälso- och sjukvård fick undanhållas den som handlingen gällde. Undanhållandet fick enligt bestämmelsen ske om handlingarna angick patientens intagning, vård, eller behandling av läkare på anstalt, inrättning eller patientens vård eller behandling på annan plats än på anstalt.

<sup>23</sup> SOU 1984:73 s. 35f. Notera dock att även tandläkares anteckningar fick kallas journal.

<sup>24</sup> SOU 1984:73 s. 65.

Dessutom skulle det enligt bestämmelsen finnas en *grundad* anledning att anta att ändamålet med vården eller behandlingen skulle motverkas genom handlingens utlämnande.<sup>25</sup>

Även om tanken på att en patient skulle efterfråga sin journal var främmande, så fanns det vid mitten av 1900-talet väl utarbetade rutiner om journalhantering vid landets lasarett. Följande citat från *Statens sjukhusutredning av år 1943 (SOU 1951:53) betänkande VII angående patient-, personal-, förråds-, och medelsredovisningen vid lasarett*, visar hur journalföring och hanteringen av journalen kunde gå till i mitten av 1900-talet:

”Under den tid den sjuke ligger på avdelningen, göras anteckningarna i sjukjournalen av klinikens skrivbiträde efter av läkaren på lösblad, genom diktafon eller direkt diktamen lämnade anvisningar. Finnes intet skrivbiträde, torde avdelningssköterskan få ersätta henne eller också får läkaren själv göra anteckningarna. [...] När patienten utskrives, överlämnas sjukjournalen och kurvbladet med sina bilagor inlagda i mappen till klinikexpeditionen. Där införes i journalen efter läkarens anvisningar diagnosen, läkarens sammanfattning av sjukdomens förlopp, utskrivningsstatus samt slutomdöme med råd för den fortsatta behandlingen. [...] Sjukjournalerna med bilagor förvaras sedan i sina mappar på klinikexpeditionen ordnade efter födelsenummer i förslagsvis 5-årsserier. De böra förvaras på den egna kliniken de första fem - tio åren och därefter överflyttas till ett för sjukhuset gemensamt centralarkiv. Av många skäl är det nämligen fördelaktigt att under de första åren ha sjukjournalerna liggande på den egna kliniken; ett praktiskt förvaringssätt är användande av hängmappar.”<sup>26</sup>

Åtskilligt har hänt sedan utredningen ovan lämnade sitt betänkande. Från att ha förvarat journaler i hängmappar på ”klinikexpeditionen”, så förvaras de istället i stora databassystem. Dessa databaser kan dessutom vara gemensamma för flera vårdgivare, vilket möjliggör elektroniskt utbyte mellan vårdgivarna inom ramen för sammanhållen journalföring.

### 3.2 Förrättsligande av patientens ställning

Som framgick i inledningen till detta kapitel så trädde den första lagen om journalföring, Patientjournalagen (1985:562) ikraft på 1980-talet. Tillkomsten av lagen kan ses som ett led i den process som av bland annat Leila Brännström har beskrivits som ett *förrättsligande* av patientens ställning. Begreppet förrättsligande handlar på ett övergripande plan om alla

---

<sup>25</sup> Sandén a.a. s. 238.

<sup>26</sup> SOU 1951:53 s. 33f.

förlopp som får till följd att något blir en rättslig fråga.<sup>27</sup> Hur förrättsligandet av patientens ställning gick till behandlas av Leila Brännström i hennes avhandling från år 2009. Här lyfter Brännström särskilt fram införandet av 1980 års *tillsynslag* och 1982 års *hälso- och sjukvårdslag*.<sup>28</sup> Enligt Brännström blev tillsynslagen, samt hälso- och sjukvårdslagen viktiga, eftersom de till skillnad från tidigare regelverk på hälso- och sjukvårdens område, kom att innehålla flera bestämmelser som synliggjorde patienten. Enligt Brännström innebar detta att patienten i större utsträckning blev ett rättsligt subjekt. Som exempel på detta kan nämnas att de båda lagarna kom att slå fast vikten av patientens självbestämmande och medbestämmande över den egna vården. Ett annat exempel är att lagarna föreskrev hälso- och sjukvårdspersonalen en utvidgad informationsplikt gentemot patienten.<sup>29</sup> Vad var då motiven bakom införandet av lagarna? Den förklaring lagstiftaren angav var att hälso- och sjukvårdslagen och tillsynslagen, syftade till att skapa en mer jämbördig rollfördelning mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Behovet av en mer jämbördig rollfördelning ansåg lagstiftaren bottnade i att det ännu på 1980-talet fanns en föreställning om patienten som passiv och underordnad. I kontrast till den underordnade patientrollen angav lagstiftaren att hälso- och sjukvårdspersonalen, i synnerhet läkaren, ofta upplevdes auktoritär och enväldig.<sup>30</sup> Brännström har delvis en annan förklaring till införandet av hälso- och sjukvårdslagen. Brännströms förklaring handlar om att förrättsligandet av patientens ställning låg i tiden. Till exempel nämner Brännström de folkliga protester som 1960- och 70- talets sammanslagningar av mindre sjukhus orsakade, vilka i sin tur ledde till att patientens behov av inflytande uppmärksammades alltmer.<sup>31</sup>

### 3.3 Patientjournalagen

Patientjournalagen (1985:562) trädde ikraft år 1986. Lagen innebar att begreppet journal kom att definieras i lagtext och fastslog dessutom att termen journal inte endast skulle vara förbehållet läkares anteckningar.<sup>32</sup> Skyldigheten att föra journal kom således att omfatta ett flertal yrkesgrupper, däribland barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandläkare, logoped,

---

<sup>27</sup> Brännström a.a. s. 38.

<sup>28</sup> Hälso- och sjukvårdslagen finns fortfarande kvar, men det gör däremot inte tillsynslagen. Först ersattes den av LYHS, lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och därefter av Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

<sup>29</sup> Brännström a.a. s. 224.

<sup>30</sup> Prop. 1984/85:189 s. 9.

<sup>31</sup> Brännström a.a. s. 188.

<sup>32</sup> Prop. 1984/85:189 s. 12 ff.

psykologer, psykoterapeuter och sjukgymnaster.<sup>33</sup>

Ett av motiven bakom införandet av Patientjournalagen, var att det tidigare gällande regelverket var svårt att överblicka. Bestämmelserna om journalföring fanns spridda i en mängd författningar beslutade av riksdagen, regeringen och Socialstyrelsen. I och med Patientjournalagen fördes de mest grundläggande bestämmelserna in i en samlad lag. I regeringens proposition 1984/85:189 om *patientjournalag m.m.* uttrycktes att Patientjournalagen i likhet med Hälso- och sjukvårdslagen, samt tillsynslagen, var viktig för att skapa en mer jämbördig rollfördelning mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.<sup>34</sup> Lagstiftaren framförde också förhoppningen om att möjligheten till tillsyn över hälso- och sjukvården skulle förbättras. Som argument för sistnämnda pekade propositionen på att journalen ofta var det viktigaste bevismedlet i ärenden hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Lagstiftaren uttalade även att patientjournalen är en källa till information för patienten själv. Eftersom tillsynslagen och hälso- och sjukvårdslagen skapat en utökad informationsplikt för hälso- och sjukvårdspersonalen, så ville således lagstiftaren i och med Patientjournalagen göra ännu en markering av att patienten hade rätt till information om sig själv.<sup>35</sup>

Under rubriken *Offentlighet och sekretess m.m.*, infördes i Patientjournalagen två bestämmelser som handlade om patientens rätt att läsa sin journal. Den första bestämmelsen riktade sig till den offentligt drivna hälso- och sjukvården och sa att om rätten att ta del av journalhandlingar i det allmännas verksamhet fanns bestämmelser i tryckfrihetsförordningen och den dåvarande sekretesslagen (1980:100). Bestämmelsen innebar ett konstaterande om att journalen var en allmän handling och enligt de dåvarande sekretessbestämmelserna var huvudregeln att patienten hade rätt att läsa sin journal. Den andra bestämmelsen om patientens rätt att ta del av sin journal riktade sig till den enskilda hälso- och sjukvården och sa att utgångspunkten även där skulle vara att patienten på begäran hade rätt att läsa sin journal.<sup>36</sup> De nu nämnda bestämmelserna förändrade alltså inte rättsläget utan utgjorde framförallt ett klargörande av vad som redan gällde.

Allmänna handlingar omfattas av offentlighetsprincipen. Enligt 2 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen (TF) ska varje svensk medborgare, till främjande av ett fritt meningsutbyte och en allsidig upplysning ha rätt att ta del av allmänna handlingar. Vid vidare läsning i TF sägs i 2 kap. 3 § TF att en handling är allmän, om den förvaras hos myndighet

---

<sup>33</sup> Prop. 1984/85:189 s. 1.

<sup>34</sup> Prop. 1984/85:189 s. 9.

<sup>35</sup> Prop. 1984/85:189 s. 12 och 20.

<sup>36</sup> Prop. 1984/85:189 s. 47f.

och enligt 6 eller 7 § är att anse som *inkommen till* eller *upprättad* hos myndighet. I 2 kap. 7 § TF sägs sedan att diarium, *journal* samt sådant register eller annan förteckning som föres fortlöpande, ska vara att anse som upprättad när handlingen har *färdigställts för anteckning eller införing*.

Det var ursprungligen just detta att patientjournalen fastslogs vara upprättad efter att handlingen hade färdigställts för anteckning eller införing, som avgjorde att den kom att betraktas som en allmän handling. Detta framkommer i den statliga utredningen *Journalutredningen (SOU 1984:73)*, vilken föregick propositionen om Patientjournallagen. Enligt Journalutredningen framkom det vid införandet av bestämmelsen i 2 kap. 7 § TF inte i förarbetena om begreppet journal omfattade patientjournaler. Men enligt Journalutredningen uppkom genom åren en praxis som sa att begreppet journal i 2 kap. 7 § TF även syftade på patientjournaler. Att patientjournalen kom att ses som en allmän handling menade Journalutredningen således var en konsekvens av rättstillämpningen och JO-uttalanden. Journalutredningen konstaterade att denna tolkning vid 1980-talets början var allmänt accepterad.<sup>37</sup> Vidare konstaterade Journalutredningen att det för frågan om handlingen skulle anses upprättad och därmed allmän, saknade betydelse om den som förde journal hade hunnit signera anteckningen eller inte. Avgörande var att anteckningen *färdigställts för anteckning eller införing*.<sup>38</sup>

### 3.4 Patientdatalagen

År 2008 trädde Patientdatalagen (2008:355) ikraft och i samband med det, upphävdes Patientjournallagen och lagen (1998:544) om vårdregister. Patientdatalagen fick karaktären av en ramlagstiftning och kom att skapa en mer sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården. Detta innebar att Patientdatalagen förutom reglerna om journalföring även innehöll bestämmelser om:

- *inre sekretess* och *elektronisk åtkomst* inom en vårdgivares verksamhet,
- bestämmelser om utlämnande av uppgifter och handlingar genom *direktåtkomst*,
- bestämmelser om *sammanhållen journalföring*,
- bestämmelser om nationella och regionala *kvalitetsregister*.

---

<sup>37</sup> SOU 1984:73 s. 34.

<sup>38</sup> SOU 1984:73 s. 168f.

Med andra ord reglerade lagen informationshanteringen inom hälso- och sjukvården i stort, istället för att endast reglera journalföringsskyldigheten, vilket Patientjournalagen hade gjort. Som ett av motiven bakom införandet av lagen framhölls följande:

”Förslagen är en del av den process som pågår för att bl.a. med hjälp av IT få till stånd en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer och en starkare patientorientering i verksamheten.”<sup>39</sup>

I propositionen framkommer att den process som citatet ovan anspelar på är den då gällande nationella IT-strategin för vård och omsorg.<sup>40</sup> Denna IT-strategi pekade ut sex insatsområden. Ett av dessa var att anpassa lagstiftningen i syfte att underlätta en ökad IT-användning i hälso- och sjukvården.<sup>41</sup> Enligt propositionen bakom Patientdatalagen fanns det vid tiden för lagens införande ett önskemål från hälso- och sjukvården om att kunna utbyta elektroniskt lagrad patientinformation. Angående detta önskemål uttalade propositionen följande:

”Lättare tillgänglig patientinformation och ett smidigare utbyte av patientuppgifter ställer samtidigt ökade krav på hur informationen hanteras så att patientens integritet inte hotas. Att skydda patientens integritet är i sig viktigt men också avgörande för om patienten ska välja att delta i ett system med en elektronisk sammanhållen journal. Utan patienternas förtroende för säkerheten i den elektroniska informationshanteringen kommer ett sådant system inte att fungera i praktiken.

Utgångspunkten för regeringens förslag är därför att hanteringen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården ska underlättas samtidigt som patientsäkerheten och patientens egen möjlighet till medverkan ska stärkas. Förslagen är utformade med syfte att underlätta informationsutbyte mellan vårdgivare och mellan vårdgivare och patient men alltid med skyddet för patientens integritet som första prioritet.”<sup>42</sup>

I citatet framgår att möjligheten att medge patienten direktåtkomst infördes eftersom det förmodades stärka förtroendet för sammanhållen journalföring. Ett annat motiv bakom införandet av direktåtkomst för patienten var den ökande Internetanvändningen. Det sades också att patient- och anhörigföreningar uttryckt önskemål om direktåtkomst.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> Prop. 2007/08:126 s. 1.

<sup>40</sup> Prop. 2007/08:126 s. 34.

<sup>41</sup> Skr. 2005/06:139 s. 5.

<sup>42</sup> Prop. 2007/08:126 s. 34.

<sup>43</sup> Prop. 2007/08:126 s. 158.

För att understryka att en sekretessprövning är nödvändig när uppgifter lämnas ut automatiskt uttrycktes att direktåtkomst är möjlig om uppgifterna *får lämnas ut*. Regeringen angav också att de inte ville föreskriva en allmän skyldighet för vårdgivarna att medge patienten direktåtkomst. Det första skälet till detta var att direktåtkomst skulle kräva att vårdgivarna skaffar sig tillräckligt säkra lösningar för att säkerställa identifieringen av den som efterfrågar uppgifterna. Det andra skälet var att vårdgivarna inte får lov att medge patienten direktåtkomst utan att först införskaffa tekniska lösningar med förmåga att spärra uppgifter som inte kan lämnas ut till en patient för att de är sekretessbelagda eller omfattas av tystnadsplikt gentemot patienten.<sup>44</sup>

### 3.5 Förslag på ny hälso- och sjukvårdsdatalag

Trots att Patientdatalagen infördes för endast sex år sedan, så kom *Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23)* i fjol med förslaget att ersätta Patientdatalagen med en helt ny lag, *Hälso- och sjukvårdsdatalagen*. Enligt utredningen skulle Hälso- och sjukvårdsdatalagen kunna underlätta informationsutbytet inom hälso- och sjukvården, i högre utsträckning än vad PDL medger.<sup>45</sup> Ett exempel på detta är att utredningen föreslår att alla vårdgivare inom en huvudmans ansvarsområde ska få direktåtkomst till varandras journaluppgifter. Med direktåtkomst avser i sammanhanget alltså inte patientens möjlighet att läsa sin journal, utan hälso- och sjukvårdspersonalens befogenhet att läsa varandras patientjournaler. Utredningen vill också definiera begreppet huvudman, så att det endast avser landsting och kommuner. En konsekvens av förslaget, om det blir verklighet, skulle därför vara att samtliga vårdgivare inom exempelvis Region Skåne, får tillgång till varandras journaluppgifter utan att behöva ta hänsyn till reglerna om sammanhållen journalföring.

En viktig förutsättning för sammanhållen journalföring är patientens informerade samtycke. Förslaget att i högre utsträckning medge direktåtkomst innebär alltså att det skulle ställas lägre krav på vårdgivarna, både ifråga om att informera patienten om hur många som har tillgång till dennes uppgifter och ifråga om att efterfråga patientens samtycke. Tillämpningsområdet för sammanhållen journalföring kan således minska på bekostnad av patientens integritet.<sup>46</sup> Som ett av motiven till förslaget om en ny lag framför *Utredningen om*

---

<sup>44</sup> Prop. 2007/08:126 s. 159f.

<sup>45</sup> SOU 2014:23 s. 31f.

<sup>46</sup> Prop. 2014:23 s. 133ff.



*rätt information på rätt plats i rätt tid* att Patientdatalagen inte upplevs erbjuda tillräckliga möjligheter till informationsutbyte. Utredningen framför att det nya lagförslaget ska signalera att det ska vara lätt att utbyta patientuppgifter inom hälso- och sjukvården. Detta menar de kan skapa en bättre balans mellan integritets- och patientsäkerhetsperspektivet. Som ett viktigt skäl till förslaget anför utredningen också att ett landsting ska kunna organisera sin hälso- och sjukvård utan att behöva tänka på vilka etableringsformer som är mest ändamålsenliga utifrån Patientdatalagens regler.<sup>47</sup>

*Utredningen om rätt information i vård och omsorg* har många förslag till lagändringar och alla dessa är inte relevanta för denna framställning. Utöver det ovan nämnda förslaget om direktåtkomst inom en huvudmans område, så ska här nämnas förslaget om slopat signeringskrav och förslaget om att bestämmelserna i 25 kap. 6 § OSL och 6 kap. 12 § andra stycket PSL tas bort. Signeringskravet innebär idag att det finns ett krav om att alla journaler ska signeras av den läkare, sjuksköterska etc. som upprättat journalen. En förklaring till signeringskravet är att många hälso- och sjukvårdsanställda inte skriver journalen själva, utan dikterar åt en medicinsk sekreterare vad denne ska skriva. Bland vissa yrkeskategorier, kanske särskilt läkarna, anser många dock att det är svårt att hinna med att utföra signeringen. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg*, menar att signeringens främsta syfte är att färdigskrivna journalhandlingar kontrolleras av den som ansvarar för uppgifterna i journalen. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* vill ersätta signeringskravet med ett krav på kontrolläsning. Hur vårdgivaren ska kunna kontrollera att kontrolläsning verkligen äger rum nämner utredningen inget om.<sup>48</sup>

När det gäller förslaget om att ta bort bestämmelserna i 25 kap. 6 § OSL och 6 kap. 12 § PSL, så handlar detta om att utredningen vill ta bort två av de bestämmelser som begränsar patientens rätt att ta del av information om sig själv. Bestämmelsen i 25 kap. 6 § OSL gäller för den offentligt drivna vården och säger att om det är av synnerlig vikt för vården eller behandlingen av patienten, så gäller sekretess gentemot patienten själv. Bestämmelsen i 6 kap. 12 § PSL gäller för den privat drivna vården och i denna bestämmelse fastslås att tystnadsplikt ska gälla i förhållande till patienten själv om detta är av synnerlig vikt för patientens vård eller behandling. Bestämmelsen i 25 kap. 6 § OSL och bestämmelsen i 6 kap. 12 § PSL har framförallt ansetts ha betydelse inom psykiatrin och är avsedda att tillämpas restriktivt. *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* anser att bestämmelserna kan bromsa användningen av de e-tjänster som erbjuder patienten

---

<sup>47</sup> SOU 2014:23 s. 299ff.

<sup>48</sup> SOU 2014:23 s. 271ff.

direktåtkomst. Detta eftersom det visat sig att det är svårt att skapa tekniska lösningar som kan kontrollera att bestämmelserna efterlevs och som tar hänsyn till att det i undantagsfall inte får ske ett utlämnande.<sup>49</sup> Utredningen menar också att bestämmelserna är otidsenliga, eftersom utvecklingen går mot att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Något som utredningen menar medför att patienten bör få tillgång till information om sig själv för att kunna vara mer delaktig i den egna vården.<sup>50</sup>

### 3.6 Kapitelsammanfattning och analys

I kapitlets början framkommer att journalbegreppet fram till 1980-talets början endast syftade på läkarens anteckningar om vården av sina patienter. Avsnitt 3.2 och 3.3 visar att den process som har kallats ett förrättsligande av patientens ställning, så småningom år 1986 ledde till att Patientjournalagen (1985:562) trädde ikraft. Lagens ikraftträdande innebar att ett flertal yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården blev skyldiga att föra journal. I Patientjournalagen infördes också bestämmelser om patientens rätt att läsa sin journal. Bestämmelserna klargjorde att utgångspunkten enligt då gällande rätt var att patienten fick lov att läsa sin journal. Vidare uttryckte de att denna huvudregel gällde både inom offentligt och privat driven vård.

I avsnitt 3.4 redogörs för införandet av Patientdatalagen (2008:255), PDL, år 2008. Genom införandet av PDL upphävdes Patientjournalagen, men dess bestämmelser om journalföring fördes över till PDL. Utöver reglerna om journalföring kom PDL att reglera möjligheterna för hälso- och sjukvårdens aktörer att utbyta elektroniskt lagrad information. I PDL infördes även möjligheten att medge patienten direktåtkomst.

I avsnitt 3.5 framgår att det finns ett förslag om att ersätta PDL med en *Hälso- och sjukvårdsdatalag*. Bakom förslaget står *Utredningen om rätt information i vård och omsorg*. Utredningen vill i än högre utsträckning än vad PDL medger, underlätta hälso- och sjukvårdens informationsutbyte. Ett exempel på hur utredningen vill göra det enklare att utbyta information är att de föreslår att begränsningen i patientens rätt att läsa sin journal enligt 25 kap. 6 § och 6 kap. 12 § PSL tas bort. Om bestämmelserna tas bort kan en större mängd information än vad som idag visas, komma att bli tillgänglig i journalen via nätet.

---

<sup>49</sup> SOU 2014:23 s. 887ff.

<sup>50</sup> SOU 2014:23 s. 890.

På vilka sätt har då integritets och patientsäkerhetsfrågorna aktualiserats under utvecklingen av patientjournalens rättsliga reglering? Till att börja måste konstateras att det vare sig i förarbetena till Patientjournalagen, Patientdatalagen eller förslaget till ny Hälso- och sjukvårdsdatalag, förs en diskussion om vad begreppen egentligen innebär. Trots detta går det enligt mig att se att lagstiftaren anser att begreppen är viktiga. Till exempel kan det faktum att ett motiv bakom införandet av Patientjournalagen var att förbättra tillsynen över hälso- och sjukvården (se kap. 3.3), tolkas som att Patientjournalagen ansågs vara betydelsefull ur patientsäkerhetshänseende. Frågan om patientens integritet i bemärkelsen att obehöriga inte ska få ta del av patientens journal ägnas emellertid inte någon nämnvärd diskussion i förarbetena till Patientjournalagen. Vid införandet av Patientdatalagen kom däremot såväl vikten av att skydda patientens integritet som patientsäkerheten att lyftas fram (se kap. 3.4).

Av kap. 3.4 framgår också att patienten enligt förarbetena till Patientdatalagen endast får medges direktåtkomst till sin journal om uppgifterna får lämnas ut till patienten. När det gäller frågan om hur sekretessprövningen ska göras finns endast angivet att de tekniska lösningar som tillhandahåller direktåtkomst, måste säkerställa att patienten endast får tillgång till information som får lämnas ut. Det hade enligt mig ur såväl integritets- som patientsäkerhetshänseende varit önskvärt om det funnits mer uttryckligt angivet i lagen eller förarbetena hur sekretessprövningen ska gå till.

## 4. Uppgifterna i en journal

Uppsatsen lämnar nu det historiska perspektivet och går istället över till att beskriva gällande rätt. Den fråga som beskrivningen av gällande rätt försöker besvara är vilken rätt patienten kan sägas ha till information om sig själv. Innan uppsatsen påbörjar kartläggningen av patientens rätt till information om sig själv kan det emellertid vara på sin plats att presentera vilken slags information patienten har rätt till. Med andra ord: Vad är det för uppgifter som kan medges den enskilde genom direktåtkomst? Svaret framgår av detta kapitel som innehåller en översikt över vilka uppgifter som ingår i en journal.

### 4.1 Patientdatalagens tillämpningsområde och syfte

Trots namnet Patientdatalagen, så gäller PDL oavsett om en verksamhet skriver patientjournaler med penna och papper eller med hjälp av tangentbord och dator.<sup>51</sup> PDL är enligt 1 kap. 1 § tillämplig vid en *vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården*. Förhoppningen med införandet av PDL var, vilket framgår i avsnitt 3.4 att förbättra informationshanteringen inom hälso- och sjukvården. Denna förhoppning uttrycks i syftesbestämmelsen i 1 kap. 2 § första stycket PDL. Syftet med PDL är enligt denna bestämmelse att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser *patientsäkerhet* och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Vidare sägs i andra stycket att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades *integritet* respekteras. Patientsäkerheten och patientens integritet utpekas i förarbetena som viktiga skyddsintressen vid tillämpningen av PDL.<sup>52</sup>

PDL:s allmänna syfte ska hållas isär från vad som anges vara syftet med att föra *patientjournal*. Patientjournalens syfte framgår av 3 kap. 2§ PDL där det sägs att syftet i första hand är att bidra till en god och säker vård av patienten, men att journalen också ska ses som en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt forskning. Att journalens syfte i första

---

<sup>51</sup> Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, s. 14.

<sup>52</sup> Prop. 2007/08:126 s. 1.

hand är att bidra till en god vård, innebär enligt förarbetena att journalen framförallt ska ses som ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen.<sup>53</sup>

## 4.2 Begreppet journal och journalföringsskyldigheten

Vad innebär skyldigheten att föra journal och vad är den juridiska definitionen av en journal? Själva begreppet *patientjournal* definieras i 1 kap 3 § PDL som en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. Bestämmelsen fastslår vidare att en *journalhandling* är en framställning i skrift eller bild, samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder. När det gäller *journalföringsskyldigheten* så innebär den till att börja med enligt 3 kap. 1 § PDL att en patientjournal ska föras vid vården av patienter. Vidare sägs att en patientjournal ska föras för varje patient och att en journal inte får vara gemensam för flera patienter. Vilka det är som har journalföringsskyldighet framgår av 3 kap. 3 § där det bland annat sägs att den som enligt 4 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett yrke också är skyldig att föra journal.

### 4.2.1 Patientjournalens innehåll

Journalföringsskyldigheten innebär förutom själva stadgandet om skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonal att de måste föra journal vid vården av patienter, att PDL innehåller regler om innehållet i journalen. I 3 kap. 6 § PDL sägs att en patientjournal måste innehålla uppgifter som behövs för god och säker vård av patienten. Följande uppgifter ska därför finnas med om de finns tillgängliga:

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

---

<sup>53</sup> Prop. 2007/08:126 s. 89f.

4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Ett annat krav på patientjournalens innehåll är enligt 3 kap. 9 § PDL att uppgifter som behövs för att ge patienten god och säker vård, eller som enligt lag eller författning i övrigt ska nedtecknas i journalen, ska antecknas *så snart som möjligt*. Angående denna tidsangivelse, så har Socialstyrelsen i ett tillsynsbeslut den 24 november 2008 (dnr 44-9129/08) sagt att journaldiktat vid en akutklinik måste journalföras fortlöpande, dock senast inom två dygn från en medicinsk åtgärd.<sup>54</sup>

PDL innehåller ytterligare ett par krav på journalen innehåll, men dessa redovisas inte här. I korthet kan dock sägas att PDL:s regler om vad journalen ska innehålla har det gemensamt att de strävar efter att uppnå hög patientsäkerhet för patienten. Andra bestämmelser som också eftersträvar detta mål, är PDL:s regler om signering och språk. Dessa regler presenteras i följande avsnitt.

#### **4.2.2 Signeringskravet och kravet på journalens språk**

Enligt Socialstyrelsen handlar signering om att påföra signatur i syfte att styrka riktighet och spårbarhet.<sup>55</sup> När vårdpersonal gör en anteckning i patientens journal, så är de enligt 3 kap. 10 § PDL skyldiga att *signera* denna journaluppgift. Bestämmelsen säger att om det inte finns något synnerligt hinder, så ska en journalanteckning signeras av den som ansvarar för uppgiften. I tillämpningsanvisningarna till *Socialstyrelsens (SOSFS 2008:14) föreskrifter om informationshantering i hälso- och sjukvården* sägs att undantag från signeringskravet får medges om nyttan med signering inte står i proportion till det merarbete som signeringskravet innebär. Som exempel på vad en vårdgivare borde kunna undanta från kravet på signering anger Socialstyrelsen anteckningar som innehåller administrativa uppgifter om att kopior av

---

<sup>54</sup> Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, s. 68.

<sup>55</sup> Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, s. 18.

journaluppgifter skickats till Försäkringskassan eller någon annan myndighet. Ett annat exempel på vad som inte behöver signeras är att patienten avbokat eller inte infunnit sig till ett planerat besök. Även rutinmässiga provtagningar, Hb, kroppstemperatur m.m., samt daganteckningar som inte innehåller väsentliga ställningstaganden gällande patientens vård och behandling får också undantas vårdgivarens rutiner för signering.<sup>56</sup>

Kravet på patientjournalens språk är enligt 3 kap. 13 § PDL att alla journalhandlingar ska vara skrivna på svenska språket och dessutom vara tydligt utformade och lätta att förstå för patienten. Om patienten behöver hjälp att tolka vad som står i journalen eller om patienten önskar att journalen översätts till ett annat språk än svenska, ska patienten enligt förarbetena kunna medges detta.<sup>57</sup>

### 4.3 Kapitelsammanfattning

Det här kapitlet konstaterar inledningsvis att PDL genom 1 kap. 2 § första stycket slår fast att informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska tillgodose *patientsäkerheten* och respektera patientens *integritet*. I kapitlets början konstateras också att syftet med att föra journal är att bidra till att patienten erbjuds en god vård. Där sägs även att detta enligt lagstiftaren innebär att patientjournalen framförallt ska ses som ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen. Hälso- och sjukvårdspersonal är dock skyldiga att iaktta reglerna om vad journalen får och ska innehålla.

Avsnitt 4.2 visar att bestämmelserna om skyldigheten att föra journal, patientjournalens innehåll, kravet på signering och kravet på att journalens språk ska vara tydligt och lätt att förstå för patienten, fyller en funktion ur patientsäkerhetshänseende. Med andra ord anses de nu nämnda bestämmelserna vara viktiga för att uppnå kravet på patientsäkerhet.

---

<sup>56</sup> Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, s. 85f.

<sup>57</sup> Prop. 2007/08:126 s. 95.

## 5. Patientens rätt till information om sig själv

I förra kapitlet presenterades vilka uppgifter som kan ingå i en journal. I det följande ska patientens rätt till information om sig själv och inskränkningarna i denna rätt beskrivas.

### 5.1 Allmänt om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården

Som tidigare nämnts i den här uppsatsen, så råder stark sekretess inom hälso- och sjukvården. Vilka är då motiven till den starka hälso- och sjukvårdssekretessen? Ett viktigt skäl som brukar lyftas fram är att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt har skapats för att allmänheten ska kunna vända sig till hälso- och sjukvården och känna sig trygga med att informationen de lämnar där inte kommer i obehörigas händer. Hälso- och sjukvårdssekretessen kan även sägas ha stöd i regeringsformen (RF). Av 2 kap. 6 § RF framgår att var och en gentemot det allmänna har ett grundlagsskydd mot betydande intrång i den personliga integriteten, om intrånget sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Bestämmelsen i 2 kap. 6 § RF har sin motsvarighet i artikel 8.1 i Europakonventionen. I artikel 8.1 sägs att var och en har rätt till respekt för sitt privatliv. Detta brukar anses omfatta skydd för information om hälsotillstånd.<sup>58</sup>

Den offentliga hälso- och sjukvården styrs av bestämmelsen om sekretess i 25 kap. 1 § OSL, enligt vilken det råder sekretess för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider *men*. Själva ordet *men* har gett upphov till uttrycket *menprövning* i samband med begäran om journalutlämnande.

För den privata hälso- och sjukvården gäller bestämmelsen om tystnadsplikt i 6 kap. 12 § PSL. Bestämmelsen i 25 kap. 1 § OSL har ett omvänt skaderekvisit, med andra ord råder en presumtion för sekretess. Inom den privata sjukvården råder på motsvarande vis en presumtion för tystnadsplikt. Den sekretess som råder i den offentliga hälso- och sjukvården utgör en inskränkning av offentlighetsprincipen i 2 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen. Trots att patientjournaler är allmänna handlingar begränsar alltså 25 kap. 1 § OSL kraftigt vars och ens rätt att ta del av dessa handlingar.<sup>59</sup> Om en enskild får avslag på en begäran om journalutlämnande, så har denne enligt 6 kap. 3 § tredje stycket OSL rätt att få veta att det

---

<sup>58</sup> Sandén a.a. s. 17ff.

<sup>59</sup> Sandén a.a. s. 40f.



krävs ett skriftligt överklagbart beslut av myndigheten, det vill säga vårdgivaren, för att avslagsbeslutet ska kunna överklagas hos domstol. När det gäller sekretess i förhållande till den enskilde gäller enligt 12 kap. 1 § OSL att sådan som huvudregel inte kan åberopas för att hemlighålla uppgifter för patienten själv. Det finns inte någon motsvarighet till 12 kap. 1 § OSL inom det regelverk som gäller för den privata hälso- och sjukvården. Men enligt förarbetena till den till den nu upphävda sekretesslagen, förefaller lagstiftarens avsikt ha varit att patienten inte heller inom privat hälso- och sjukvård ska hemlighållas information om sig.<sup>60</sup>

## **5.2 Patientens rätt till information om sig själv**

### **5.2.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet**

I avsnitt 5.1 fastslogs att bestämmelsen i 2 kap. 6 § RF innebär att sekretessreglerna utgör en förlängning av att individen har ett grundlagsskydd mot betydande intrång i den personliga integriteten. Bestämmelsen i 2 kap. 6 § RF säger dock även att varje medborgare har ett skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Detta gör att det inom hälso- och sjukvården råder en princip om autonomi, med andra ord att patienten anses ha rätt att bestämma över sitt eget liv. Den nu presenterade bestämmelsen i 2 kap. 6 § RF gör att patientens självbestämmanderätt och kravet på samtycke till medicinska ingrepp går att härleda till en grundlagsskyddad rättighet.<sup>61</sup>

För att patienten ska kunna utöva sin självbestämmanderätt anses det centralt att han eller hon ges relevant information. Av såväl 2 b § HSL som av 6 kap. 6 § PSL framgår det därför att hälso- och sjukvårdspersonalen har en informationsskyldighet gentemot patienten. Från och med den 1 januari 2015 hänvisar bestämmelserna till 3 kap. Patientlagen (2014:821) ifråga om vad den nämnda informationsskyldigheten anses omfatta.<sup>62</sup> 3 kap 1 § Patientlagen säger att patienten i första hand ska få information om:

1. sitt hälsotillstånd
2. metoder för undersökning, vård och behandling

---

<sup>60</sup> Sandén a.a. s. 218.

<sup>61</sup> Rynning a.a. s. 99f.

<sup>62</sup> Prop. 2013/14:106 s. 114f.

3. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning
4. vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar
7. eftervård
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada

I 3 kap. 6 § Patientlagen sägs att den information som ges ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar, samt att mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras. Ett av motiven bakom införandet av Patientlagen var att förtydliga att information ska vara *individuellt anpassad*. 3 kap. 7 § Patientlagen säger till och med att personen som informerar, så långt det är möjligt, ska försäkra sig om att patienten förstår informationen, samt att informationen ska lämnas skriftligen *på begäran* eller om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar.<sup>63</sup>

I vissa fall kan det vara svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att ge individuellt anpassad information. Detta framhålls av Ulrika Sandén i hennes avhandling. Sandén lyfter särskilt fram att patientgrupper som kan vara svåra att informera är underåriga patienter, patienter som på grund av funktionsnedsättning har svårt att förstå information, samt patienter som inte behärskar svenska språket.<sup>64</sup>

### **5.2.2 Patientens rätt att ta del av sin journal**

Som redogjordes för i avsnitt 4.1, så är ett av patientjournalens syften enligt 3 kap. 2 § PDL att vara en informationskälla för patienten. Ytterst är det genom bestämmelserna om allmänna handlingars offentlighet, vilka redogjordes för i avsnitt 3.3, som patienten garanteras en rätt att ta del av sin patientjournal inom den offentliga vården. Bestämmelsen i 8 kap. 2 § PDL ger patienten motsvarande rätt att ta del av sin journal inom den privata hälso- och sjukvården. I bestämmelsen sägs att en journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård ska tillhandahållas patienten så snart som möjligt när patienten eller dennes närstående begär journalen.

---

<sup>63</sup> Prop. 2013/14:106 s. 118.

<sup>64</sup> Sandén a.a. s. 225ff.

Faktorer som kan inskränka en patients rätt att ta del av sin journal kan vara låg ålder, sjukdom eller att de av annan förklaring saknar rättshandlingsförmåga. När det gäller barns rätt att förfoga över sin journal är följande bestämmelser vägledande. Av 6 kap. 2 § föräldrabalken (FB) framkommer att en underårig patient som saknar rättshandlingsförmåga företräds av sin vårdnadshavare. Enligt 6 kap. 11 § FB ska vårdnadshavaren i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Sistnämnda innebär att barnets vilja om att en förälder inte ska läsa barnets journal ibland ska respekteras. Om barnet motsätter sig att dennes vårdnadshavare läser barnets journal, så måste hälso- och sjukvårdspersonalen göra en mognadsbedömning av barnet. Vägledande i denna prövning är ofta barnets ålder. Barn i tonåren har enligt JO-uttalanden ansetts ha ett visst integritetsskydd gentemot föräldrarna.<sup>65</sup> I sammanhanget förtjänar även bestämmelsen i 12 kap. 3 § OSL ett omnämmande. Enligt denna bestämmelse har vårdnadshavare inte rätt att ta del av sitt barns journal om det kan antas att den underårige skulle lida *betydande men* av detta. Bestämmelsen saknar motsvarighet inom den privata hälso- och sjukvården.<sup>66</sup>

Ifråga om vuxna personer som har god man eller förvaltare och därför saknar rättshandlingsförmåga, gäller att god man- eller förvaltarskapet i sig inte utgör något hinder för rätten att ta del av journalen.<sup>67</sup>

### **5.2.3 Patientens möjlighet att ta del av sin journal via nätet**

Att en vårdgivare har möjlighet att medge enskild direktåtkomst regleras i 5 kap. 5 § PDL. Bestämmelsen har följande lydelse:

En vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2. Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst som avses i första stycket.

---

<sup>65</sup> Krusberg, Pernilla: *Hälso- och sjukvårdssekretessen. Handbok för hälso- och sjukvårdspersonal*, Norstedts Juridik 2012, s. 76.

<sup>66</sup> Sandén a.a. s. 282f.

<sup>67</sup> Sandén a.a. s. 233f.

Som vi ser, så innehåller bestämmelsen om enskilds direktåtkomst hänvisningar till andra bestämmelser i PDL och till föreskrifter om tillämpningen av PDL. Om vi börjar med första stycket, så innebär bestämmelsen rent konkret att det finns två krav för att medge enskild direktåtkomst. För det första får enskild endast ges tillgång till uppgifter som får lämnas ut till honom eller henne och för det andra får enskild endast beredas tillgång till uppgifter som åsyftas i 2 kap. 4 § 1 och 2 PDL.

Det förstnämnda kravet syftar till att påminna oss om att det enligt 25 kap. 1 § OSL råder stark sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården, samt att motsvarande enligt Patientsäkerhetslagen gäller ifråga om tystnadsplikt inom den privata hälso- och sjukvården. Detta betyder att det första kravet innebär att det vid utlämnande genom direktåtkomst, i likhet med alla slags utlämnanden till patienten, ska ske en prövning enligt bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt. Men eftersom direktåtkomst innebär ett automatiserat utlämnande, så sker inte sekretessprövningen varje gång någon tar del av uppgifter om sig själv. Lagstiftarens intention är därför att sekretessfrågan prövas i samband med att vårdgivaren ger patienten direktåtkomst.

Det andra kravet för att medge enskild direktåtkomst, kravet om enskild endast får medges tillgång till uppgifter som åsyftas i 2 kap. 4 § 1 och 2 PDL handlar om att den enskilde endast får medges direktåtkomst till uppgifter som behandlats för vårddokumentation. 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 PDL säger att personuppgiftsbehandling får ske inom hälso- och sjukvården om dokumentationen behövs i och för vården av patienten eller för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall. I förarbetena sägs att punkten 1 handlar om vårddokumentation och att punkten 2 till exempel handlar om patientrelaterad ekonomiadministration. Någon närmre beskrivning av bestämmelserna ges inte.<sup>68</sup>

För att enskild ska medges direktåtkomst finns även krav på säkerhetsåtgärder. Detta krav framgår av Patientdatalagens föreskrifter *SOSFS 2008:14 Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*, där det i 2 kap. 13 § framgår att om en vårdgivare medger direktåtkomst med hjälp av Internet, så måste åtkomst till patientuppgifter föregås av *starkt autentisering*. Begreppet anger att den säkerhetsnivå som erfordras kräver att inloggning sker med något patienten kan (till exempel ett lösenord), eller med något patienten har (till exempel kodbox, certifikat, smartkort, engångskoder eller mobiltelefon), eller med patienten själv (till exempel fingeravtryck eller

---

<sup>68</sup> Prop 2007/08:126 s. 245f.

avläsning av iris). Enligt handboken till *Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering i hälso- och sjukvården* är e-legitimation idag en etablerad metod för autentisering.<sup>69</sup>

Om det rör sig om uppgifter som får lämnas ut till den enskilde och om uppgifterna handlar om vårddokumentation, så säger 5 kap. 5 § första stycket andra meningen PDL att den enskilde förutom direktåtkomst till sin journal får medges direktåtkomst till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket PDL. Denna hänvisning syftar på *logglistor*. I 4 kap. 3 § första stycket första meningen PDL fastslås att en vårdgivare ska se till att åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kontrolleras. Detta betyder att vårdgivaren ska dokumentera sin personals elektroniska åtkomst, i syfte kontrollera att det inte förekommer någon obehörig åtkomst till patientens journal.<sup>70</sup>

### **5.3 Begränsningar i patientens rätt till information om sig själv**

Utgångspunkten är, vilket nämdes i avsnitt 5.1, enligt 12 kap. 1 § OSL att sekretess inte råder i förhållande till den enskilde själv. Men det finns två situationer där patientens rätt till information om sig själv begränsas. Den första situationen handlar om när uppgifter om patientens hälsotillstånd får hemlighållas för patienten. Den andra situationen handlar om när patienten får undanhållas information om uppgiftslämnare. Termen uppgiftslämnare avser här personer som lämnat uppgifter om patienten till hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel patientens föräldrar, barn, närstående, vänner, arbetskamrater och grannar. Det kan till exempel handla om att någon lämnar uppgift om att en enskild är i behov av psykiatrisk tvångsvård<sup>71</sup>

Den första situationen, det vill säga när uppgifter om patientens hälsotillstånd får hemlighållas för patienten själv regleras för den offentliga verksamhetens del i 25 kap. 6 § OSL. (Bestämmelsen har tagits upp avsnitt 3.5). För den privata hälso- och sjukvårdens del finns motsvarande bestämmelse i 6 kap. 12 § PSL. Bestämmelsen i 25 kap. 6 § OSL säger att:

---

<sup>69</sup> Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, s. 52f.

<sup>70</sup> Prop. 2007/08:126 s. 240.

<sup>71</sup> Sandén a.a. s. 245f.

Sekretessen enligt 1 -5 §§ gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne.

Bestämmelsen kan till exempel användas om en patient lider av en allvarlig psykisk störning. Men även i dessa fall krävs mycket starka skäl.<sup>72</sup> Ett andra undantag är att sekretess råder i förhållande till barn som kommit till genom assisterad befruktning med donerade ägg eller spermier. Först när barnet uppnår tillräcklig mognad, har barnet rätt att ta del av uppgifter om givaren, 6 kap. 5 § och 7 kap. 7 § lagen om genetisk integritet m.m. (2006:351).

Den andra begränsningen i patientens rätt att ta del av uppgifter om sig själv, situationen där patienten undanhålls information om en uppgiftslämnare, har stöd i 25 kap. 7 § OSL respektive 6 kap. 13 § PSL. För den offentliga hälso- och sjukvårdens del gäller enligt 25 kap. 7 § OSL att:

Sekretess gäller i verksamhet som anges i 1 §, 2 § andra stycket och 3 – 5 §§ för uppgift i anmälan eller utsaga av en enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, i förhållande till den som anmälan eller utsagan avser, endast om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till denne utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Ungefär motsvarande uttrycks i 6 kap. 13 § PSL ifråga om den privata hälso- och sjukvården. Bestämmelserna i 25 kap. 7 § OSL och 6 kap. 13 § PSL har diskuterats av Ulrika Sandén i hennes avhandling. Sandén frågar sig om bestämmelserna är otidsenliga. Enligt Sandén borde bestämmelserna kunna slopas om de inte behövs för att bedriva en god och säker vård, t.ex. inom psykiatrin där bestämmelserna antagligen vanligen aktualiseras. Sandén menar att patientens rätt till information om sig själv talar för en ändring.<sup>73</sup>

## 5.4 Kapitelsammanfattning och analys

Inledningsvis konstaterar kapitlet att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt är av intresse för patienten som ett skydd för den personliga integriteten. I kapitlets inledande del sägs också att det av 12 kap. 1 § OSL framgår att sekretess som huvudregel inte gäller

---

<sup>72</sup> Se t.ex. RÅ 1994 not 178.

<sup>73</sup> Sandén a.a. s. 248.

gentemot patienten. Tvärtom har hälso- och sjukvårdspersonalen en informationsskyldighet gentemot patienten.

I avsnitt 5.2 visas att hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet idag framgår av 3 kap. Patientlagen (2014:821). I avsnittet sägs att informationspliktens syfte är att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård. Detta uttrycker patientens självbestämmanderätt, vilken går att härleda till 2 kap. 6 § RF. Således är patientens självbestämmanderätt en grundlagsskyddad rättighet.

I avsnitt 5.2.2 konstateras att patientjournalen är en informationskälla för patienten. Eftersom journalen inom offentlig hälso- och sjukvård utgör en allmän handling, så kan patienten begära ut sin journal. Motsvarande princip gäller inom den privata vården. Som huvudregel ska varken sekretess eller tystnadsplikt kunna hindra att patienten tar del av sin journal. Faktorer som dock kan begränsa patientens rätt att ta del av sin journal kan vara att patienten på grund av låg ålder eller annat skäl saknar rättshandlingsförmåga.

Avsnitt 5.2.3 beskriver bestämmelsen i 5 kap. 5 § PDL. Som framgår av avsnittet, så handlar bestämmelsen om att vårdgivare får medge patienten direktåtkomst till sin journal, samt till logglistor. Vid direktåtkomst för den enskilde görs inte någon sekretessprövning vid varje enskilt tillfälle som han eller hon tar del av sin patientjournal. I förarbetena motiveras detta med att sekretessfrågan redan har blivit prövad i och med att vårdgivaren ger patienten direktåtkomst. Vidare säger förarbetena att en sekretessprövning måste göras varje gång som nya uppgifter görs tillgängliga för den enskilde. Förarbetena anger också en annan förutsättning för direktåtkomst, nämligen att det måste finnas tekniska system som kan identifiera den enskilde på ett säkert sätt.

Vilka uppgifter som inte får lämnas ut till patienten beskrivs i avsnitt 5.3. Som framgår i avsnittet så kan i sällsynta fall uppgifter hemlighållas för patienten om det är av synnerlig vikt för ändamålet med vården eller behandlingen (25 kap. 6 § OSL och 6 kap. 12 § PSL). Patienten får i vissa fall också undanhållas information om uppgiftslämnare (25 kap. 7 § OSL och 6 kap. 13 § PSL). Även om det inte framgår explicit av kapitlets redogörelse över gällande rätt, så kan hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet sägas vara knuten till patientsäkerheten. Sandéns invändning (Se kap. 5.2.1) om att det är svårt att ge individuellt anpassad muntlig information till personer som har svårt att förstå informationen på grund av funktionsnedsättning eller på grund av bristande språkkunskaper, är därför av intresse för möjligheten att medge patienten direktåtkomst. I likhet med att nämnda grupper kan ha svårt att förstå muntlig information, kan det vara svårt för dem att förstå det de läser. Av patientsäkerhetsskäl kan det därför enligt mig hävdas att det tydligt bör framgå att

journalen via nätet är ett komplement till och alltså aldrig får ersätta hälso- och sjukvårdspersonalens muntliga informationsskyldighet.

När det gäller kravet att direktåtkomst endast får medges patienten om det kan ske på ett tekniskt säkert sätt (se kap. 5.2.3), så är det förvisso bra ur integritetssynpunkt att det finns ett sådant krav. Men en fråga som jag ställer mig efter att ha läst om stark autentisering i Socialstyrelsens handbok till SOSFS 2008:14, är huruvida de olika formerna för stark autentisering kan anses vara lika säkra. Av hänsyn till skyddet för patientens integritet hade det varit önskvärt om förarbetena eller Socialstyrelsens handbok innehöll information om detta.



## 6. Enskilds direktåtkomst – exempel på utfallet av 5 kap. 5 § PDL

I januari 2014 inrättades *eHälsomyndigheten*. I regleringsbrevet för 2015 står att myndigheten ska samordna de nationella satsningarna på eHälsa.<sup>74</sup> Men vad är egentligen eHälsa? (Frågan har ställts av många i min bekantskapskrets när jag har fått anledning att berätta om min uppsats). Dessvärre saknas en entydig definition av begreppet, men många är överens om att eHälsa handlar om hur informationsteknologi och kommunikationsteknik kan användas i hälso- och sjukvården.<sup>75</sup> I skrivelsen *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information i vård och omsorg*, vilken fastslogs av Socialdepartementet år 2010, ges eHälsobegreppet en något mer begränsad innebörd. I strategin sägs att eHälsa handlar om att förbättra *informationshanteringen* inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Enligt strategin kan informationshanteringen förbättras genom att göra det enklare att utbyta information inom hälso- och sjukvården, samt genom att individen får möjlighet att informeras om sin hälsa på ett lättillgängligt sätt.<sup>76</sup>

### 6.1 Det nationella eHälsarbetet

Eftersom *enskilds direktåtkomst* till sin journal är ett sätt att informera den enskilde om sin hälsa, så kan direktåtkomst betraktas som ett led i det nationella eHälsarbetet. Som redovisas i avsnitt 5.2.3, uttrycker PDL:s bestämmelse om enskilds direktåtkomst att en vårdgivare får erbjuda sådan. Det föreligger således ingen skyldighet för de olika landstingen och regionerna att medge enskild direktåtkomst. Detta får till konsekvens att möjligheten att läsa sin journal via nätet kan bli beroende av var i landet man är bosatt. Att läsa sin journal via nätet var år 2014 möjligt i Uppsala, Skåne, Jönköping och Västmanland, samt Stockholms läns landsting. Under 2015 planerar även Sörmland, Kalmar, Halland och Gävleborg att införa tjänsten.<sup>77</sup> Den rådande trenden förefaller med andra ord vara, att alltfler landsting väljer att införa tjänsten.

---

<sup>74</sup> <http://www.ehalsomyndigheten.se/Om-oss-/Historik/>. Hämtad den 11 maj 2015.

<sup>75</sup> Melander, Wikman, Anita: ”Definitioner och modeller för e-hälsa”. I: Gard, Gunvor och Melander, Wikman, Anita (red), *E-hälsa – innovationer, metoder, interventioner, perspektiv*, Lund 2012, s. 22ff.

<sup>76</sup> Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, s. 4-7. Hämtad den 11 maj 2015 från <http://www.nationellehalsa.se/nationell-ehalsa>

<sup>77</sup> <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/Journalen-och-Vardhandlingar/>, samt <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/Inforande/>. Hämtade den 11 maj 2015.

## 6.2 Gemensam infrastruktur möjliggör enskilds direktåtkomst

Det nationella eHälsarbetet har genom åren mångt och mycket präglats av att implementeringen av politiska mål inte skett i raka led, utan snarare genom en slingrande process, där vissa aktörer och tekniska system emellanåt kommit att ersättas av andra aktörer, samt andra tekniska lösningar.<sup>78</sup> Idag medges patienten direktåtkomst till sin journal via *Mina vårdkontakter*. Mina vårdkontakter visar varje landstings lokala utbud av e-tjänster. Mina vårdkontakter nås i sin tur genom den nationella sjukvårdsportalen [www.1177.se](http://www.1177.se). Denna portal är nationell på så sätt att den är landstingens och regionernas gemensamma tjänst för att ge invånarna hälso- och sjukvårdsinformation via webben.

Landstingens, regionernas och de privata vårdgivarnas gemensamma informationshantering, det vill säga utbyte av journaluppgifter sinsemellan, kännetecknas av att den innehåller en mängd tekniska system som ofta har ett beroende till varandra. Några av dessa system är katalogtjänsten HSA, e-tjänstelegitimation (SITHS-kort) och Nationell Patientöversikt (NPÖ). I katalogtjänsten HSA finns information om namn och yrkestitel på medarbetarna vid en viss arbetsplats. HSA-katalogen gör det därför möjligt att skapa elektroniska id-kort (SITHS-kort). Dessa elektroniska id-kort skapar i sin tur behörighet för hälso- och sjukvårdspersonal att registrera, samt ta del av uppgifter i NPÖ inom ramen för sammanhållen journalföring.<sup>79</sup> I e-tjänsterna som möjliggör enskilds direktåtkomst, hämtas uppgifterna direkt från NPÖ.<sup>80</sup>

## 6.3 Journalen och Vårdhändelser

I Sverige används två olika lösningar för att tillgängliggöra patientjournaler via nätet. I stort sett alla landsting som hittills infört tjänsten, använder e-tjänsten *Journalen*.<sup>81</sup> I Stockholms läns landsting, SLL, används istället för Journalen ett system som kallas *Vårdhändelser*. Både Journalen och Vårdhändelser nås via Mina vårdkontakter i de landsting som har infört någon av tjänsterna. E-tjänsten Journalen förvaltas av bolaget *Inera*, vilket har koppling till *SKL, Sveriges kommuner och landsting* och leds idag av en styrelse med två politiker från varje

---

<sup>78</sup> Ranerup, Agneta (2): "The socio-material pragmatics of e-governance mobilization." I: *Government Information Quarterly* vol. 29, 2012, s. 419f.

<sup>79</sup> <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/HSA/>. Hämtad den 11 maj 2015.

<sup>80</sup> <http://vardgivare.skane.se/it2/it-stod-och-tjanster-a-o/nationell-patientoversikt-npo/#15234>. Hämtad den 11 maj 2015.

<sup>81</sup> <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/>. Hämtad den 11 maj 2015.

sjukhusområde. På Ineras hemsida uppmuntras landstingen idag att införa antingen tjänsten Journalen eller tjänsten Vårdhändelser. Vidare framkommer att Inera och SLL strävar efter att sammanlänka de båda systemen så småningom.<sup>82</sup>

#### 6.4 Regelverk för e-tjänsten Journalen

Inera har skapat ett nationellt regelverk för e-tjänsten Journalen (se Bilaga A). Regelverket är uppbyggt så att det innehåller dels ett antal grundläggande regler, dels ett antal valbara regler. Att vissa regler är valbara innebär att det är upp till respektive vårdgivare att besluta om de ska tillämpas eller inte.

De grundläggande reglerna säger till att börja med att den enskilde ska identifieras genom säker inloggning och att den enskilde ska få upplysningar om vart man ska vända sig för att få hjälp att förstå journalinformationen, samt i vilken mån journalinformationen är begränsad. Vidare säger de grundläggande reglerna att vuxna personer från 18 år ska ha direktåtkomst till sin egen journalinformation, samt att vårdnadshavare ska ha direktåtkomst till sina barns journalinformation fram tills barnet fyller 13 år. Dessutom är det enligt de grundläggande reglerna tillåtet att vuxna personer utser andra vuxna personer till ombud och ger dem direktåtkomst till journalinformation. Andra grundläggande regler är att barn upp till 17 år inte får ha direktåtkomst till sin egen journalinformation och att den enskilde ska kunna försegla sin journal och på så sätt inte kunna ha direktåtkomst till sin journalinformation, samt att den enskilde ska ha möjlighet att kontrollera åtkomstlogg och därigenom få information om vilken vårdpersonal och eventuella ombud som har öppnat journalen.

De valbara reglerna innebär att vårdgivarna kan välja mellan olika alternativ. Till att börja med kan vårdgivaren låta den enskilde välja: om journalinformation ska vara tillgänglig för direktåtkomst oavsett om den är signerad eller inte, eller om journalinformation endast ska vara tillgänglig för den enskilde om den är signerad. Den andra valbara regeln säger att den enskilde kan välja om journalinformation ska vara tillgänglig för direktåtkomst omedelbart

---

<sup>82</sup> <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journal-och-lakemedelstjanster/>. Hämtad den 11 maj 2015.

eller med 14 dagars fördröjning, eller om journalinformation ska vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst med 14 dagars fördröjning. Det finns också fem valbara regler som inte innehåller några alternativ. Den första av dessa valbara regler säger att vårdgivarna får välja om journalanteckningar som kategoriserats med sökordet *Tidiga hypoteser* inte ska vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst. Den andra valbara regeln säger att vårdgivarna får välja om journalanteckningar som kategoriserats med sökordet *Våldsutsatthet i nära relationer* inte ska vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst. Enligt den tredje valbara regeln kan vårdgivaren välja om journalinformation från *vårdenheter* där sjukvårdshuvudmannen genom ett policybeslut bedömt att en manuell menprövning bör göras inför utlämning, inte ska vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst. Enligt den fjärde valbara regeln får vårdgivaren också välja om journalinformation från *yrkeskategorier* där sjukvårdshuvudmannen genom ett policybeslut bedömt att en manuell menprövning bör göras inför utlämning inte ska vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst. Slutligen får vårdgivaren välja om den enskilde ska ha direkttillgång till *all journalinformation* som är elektroniskt tillgänglig.<sup>83</sup>

#### **6.4.1 Datainspektionen om regelverket för Journalen**

Datainspektionen är den myndighet som genom tillsyn har befogenhet att kontrollera att behandlingen av personuppgifter inte kränker den enskilde individens integritet. År 2014 gjorde Datainspektionen en inspektion av *Landstinget i Uppsala Län*. Landstinget var först ut med att medge enskild direktåtkomst. Under inspektionen granskades den personuppgiftsbehandling som skedde i samband med användningen av e-tjänsten Journalen. Ett syfte med granskningen var att kontrollera efterlevnaden av 5 kap. 5 § PDL (samt Socialstyrelsens föreskrifter i 2 kap. 13 – 15 §§ SOSFS 2008:14 om tillämpningen av 5 kap. 5 § PDL). Ett annat syfte var att kontrollera de säkerhetsåtgärder landstinget är skyldig att vidta till skydd för personuppgifter enligt 31 § Personuppgiftslagen (1998:204), PuL. I tillsynsbeslutet kom Datainspektionen fram till att Landstinget i Uppsala län i strid med 5 kap. 5 § PDL medger att en enskild kan utse ett ombud som får läsa den enskildes journal via nätet. Datainspektionen kom också fram till att Landstinget i Uppsala län i strid med 31 § PuL

<sup>83</sup> <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/Nationellt-regelverk/>. Hämtad den 11 maj 2015.

underlåtit att föra loggar över den enskildes åtkomst till sin journal. Landstinget i Uppsala län överklagade beslutet i den del som avser ett ombuds möjlighet att läsa en enskild journal via nätet och i avvaktan på ett rättsligt avgörande gjordes inga ändringar i det nationella regelverket för e-tjänsten Journalen. Enligt Landstinget i Uppsala län fanns ingen bestämmelse som hindrade att en enskild samtycker till att låta ett ombud ta del av den enskildes journal. Landstinget i Uppsala län menade att det inte heller i förarbetena till PDL gick att finna något uttalande som talade för att detta skulle vara otillåtet. Datainspektionen å sin sida, menade att förarbetena till bestämmelsen i 5 kap. 5 § PDL sa att journaluppgifter inte skulle göras *alltför lättillgängliga*. Vidare uttryckte Datainspektionen att 5 kap. 4 § PDL innehöll en uttömmande reglering av när direktåtkomst får äga rum. Eftersom möjligheten att medge direktåtkomst till ombud inte räknas upp i bestämmelsen, så ansåg Datainspektionen inte att direktåtkomst till ombud har rättsligt stöd.<sup>84</sup> Den 20 maj i år kom Förvaltningsrättens avgörande. Enligt domen så är Förvaltningsrättens mening att 5 kap. 4 § och 5 §§ PDL inte ger rättsligt stöd för att ge ombud direktåtkomst. Förvaltningsrätten kommer därför fram till att det inte är förenligt med gällande rätt att ge ett ombud direktåtkomst till en vårdgivares personuppgifter om en enskild. Förvaltningsrätten avslår således överklagandet från Landstinget i Uppsala län.<sup>85</sup>

#### **6.4.2 Region Skånes regler för e-tjänsten Journalen**

I Region Skåne har e-tjänsten Journalen funnits sedan 2014. Manuella utlämnanden av journalkopior sköts huvudsakligen av *Journal- och arkivservice* vid Regionarkivet. Enligt uppgift från Jeanette Lindqvist, enhetschef vid Journal- och arkivservice, får hennes enhet in cirka 6300 begäranden om utlämnande av journalkopior på en månad. Ungefär 35 % av dessa gäller förfrågningar från medborgare. Detta kan jämföras med att 42 878 invånare i Region Skåne fram till den 23 mars i år hade varit inloggade i journalen via nätet.<sup>86</sup> Inför införandet av Journalen, så antog Region Skåne det nationella regelverk som Inera arbetat fram (se Bilaga C). För att kunna förhindra att inte all journalinformation syns via nätet valde Region Skåne att använda den valbara regeln i det nationella regelverket som säger att allt som

---

<sup>84</sup> Datainspektionens beslut den 2 juni 2014 med dnr 137-2014.

<sup>85</sup> Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 20 maj 2015 med mål nr 14181 – 14.

<sup>86</sup> Källa, mejlkorrespondens med enhetschef Jeanette Lindqvist.

journalförs under sökordet *Tidiga hypoteser*, inte tillgängliggörs för patienten. Av motsvarande skäl valde Region Skåne valt undanta vårdenheten *Division Psykiatri* samt *genetiska utredningar* från enskilda direktåtkomst.

I ett beslut daterat den 9 juli 2014 framkommer att Region Skåne förespråkar att alla yrkeskategorier ska använda sökordet *Tidiga hypoteser*. Under sökordet rekommenderas att följande journalanteckningar förs in:

- ”otillräckligt belagda journalanteckningar som stöd för minnet, eller för övriga i vårdkedjans kännedom, som ännu bedöms för oklara att kommunicera med patienten innan en hypotes har förkastats eller fastställts
- journalanteckningar som hanterar för patienten eller tredje man känsliga uppgifter från t ex mottagning för våldtagna kvinnor, minnesmottagningar eller anteckningar förda av psykiatrikonsult inom somatisk vård”. (se Bilaga B).

Det får förmodas att *journalanteckningar som hanterar för patienten eller tredje man känsliga uppgifter* syftar på uppgifter som omfattas av sekretess gentemot patienten själv. Om det förhåller sig så att Region Skåne förespråkar att uppgifter som skulle kunna omfattas av sekretess gentemot patienten själv, journalförs under sökordet *Tidiga hypoteser*, så kan denna journalföring sägas vara en slags förtida menprövning.

## 6.5 Kapitelsammanfattning och analys

Kapitlet konstaterar inledningsvis att ett viktigt fokusområde i det nationella eHälsarbetet är att patienten ska få information om sin hälsa på ett lättillgängligt sätt. Direktåtkomst till patientjournalen via nätet kan därför ses som ett sätt för vårdgivarna att tillmötesgå det nationella eHälsarbetet.

Som framgår av avsnitt 6.1 så väljer alltfler landsting att införa e-tjänster som tillåter patienten att läsa sin journal via nätet. I avsnitt 6.3 nämns att de e-tjänster som idag finns för att patienten ska kunna ta del av sin journal på nätet utgörs av Journalen och Vårdhändelser. Vidare sägs att Inera har tagit fram ett nationellt regelverk för Journalen.

Syftet med regelverket är att patienten ska medges direktåtkomst under samma förutsättningar i hela landet.

I avsnitt 6.4 beskrivs innehållet för regelverket för Journalen lite mer i detalj och i avsnitt 6.4.1 konstateras att Datainspektionen genom ett tillsynsbeslut i juni 2014 kom med invändningar mot att det rådande regelverket tillåter att patienten låter ett ombud få direktåtkomst till patientens journal. Tillsynsbeslutet överklagades och den 20 maj i år meddelade Förvaltningsrätten att de avslår överklagandet från Landstinget i Uppsala län.

I avsnitt 6.4.2 visas slutligen att Region Skåne använder sökordet *Tidiga hypoteser* som ett sätt att göra en förtida menprövning. Rekommendationen kring användningen av sökordet *Tidiga hypoteser* blir med andra ord ett sätt att försöka kontrollera att bestämmelserna om begränsningarna i patientens rätt att läsa sin journal efterlevs.

Innan jag avslutar detta kapitel ska ett par ord sägas om den s.k. ombudsfunktionen. Förutom att denna funktion enligt Förvaltningsrättens avgörande saknar rättsligt stöd, anser jag att det finns invändningar mot funktionen ur integritetssynpunkt. Möjligheten att utse ett ombud kan emellertid också ha fördelar. En fördel med ombudsfunktionen kan till exempel vara att anhöriga till äldre personer får möjlighet att vara delaktiga i vården av sina närstående. Redan idag får oftast närstående rätt att ta del av anhörigas journaler med den anhöriges samtycke. Men till skillnad från när en manuell menprövning görs, får vårdgivarens anställda aldrig någon möjlighet att bilda sig en uppfattning om vem ombudet är när ett automatiskt utlämnande sker. Det betyder att ingen tar ställning till om patienten förstår innebörden och konsekvenserna av att utse ett ombud. Enligt mig är detta något som talar för att ombudsfunktionen i det nuvarande regelverket för Journalen kan kritiseras, eftersom den innebär att det aldrig går att kontrollera huruvida patientens informerade samtycke till utlämnande verkligen föreligger. Ur integritetssynpunkt innebär detta en risk att obehöriga kan komma att få tillgång till den enskildes journal.

## 7. Analys och slutsatser

Det övergripande syftet med det här arbetet har varit att undersöka hur datoriseringen av hälso- och sjukvården och dess möjligheter till effektivare informationsutbyte, har påverkat patientens rätt att ta del av information ur sin journal. En orsak till att detta ämne väckte mitt intresse var att direktåtkomst för patienten är en fråga som berör allt från medborgarrättsliga till arbetsmiljömässiga och rättspolitiska frågor. Men eftersom lagstiftaren har angett informationshanteringen inom hälso- och sjukvården bör respektera individens *integritet* och ske på ett *patientsäkert* sätt, har jag valt att analysera bestämmelsen om direktåtkomst för patienten främst ur dessa perspektiv. Ett annat skäl till mitt val av ämne är hälso- och sjukvårdslagstiftningens speciella karaktär. Författningarna som reglerar hälso- och sjukvården har ofta ramlagskaraktär. Lagtexten, inte minst i PDL, kan därför stundtals upplevas intetsägande. Ramlagstiftningar innehåller ofta målbestämmelser, men få tvingande regler. Ramlagstiftningar kan därför ses som ett exempel på hur staten försöker styra med centralt formulerade mål. I såväl PDL, PSL, HSL som i Patientlagen uttrycks att hälso- och sjukvården och dess anställda har ett antal skyldigheter. Dessa skyldigheter är emellertid inte sanktionerade. Med andra ord finns inte särskilt mycket vägledande praxis att tillgå vid studiet av nämnda lagstiftningars verkliga tillämpning. Min uppfattning är att detta gör det desto mer angeläget att försöka undersöka hur denna typ av författningar fungerar i praktiken. Föreliggande uppsats är ett försök att göra just detta.

### 7.1 Arbetets frågeställningar

I det följande lyfts arbetets frågeställningar fram en efter en. Denna redogörelse innehåller både vad som avhandlats tidigare i uppsatsen och ett par nya infallsvinklar.

#### 7.1.1 Patientens rätt att läsa sin journal har stärkts över tid

Uppsatsens första frågeställning löd: *Hur blev journalen allmän handling och hur har patientens rätt att läsa sin journal varierat över tid?* Som kanske framgår av rubriken, så vill uppsatsen visa att patientens rätt att läsa sin journal sannolikt har stärkts över tid. Patientens rätt att läsa sin journal har också haft en nära koppling till det som framfördes i kapitel 2,



nämmligen att hälso- och sjukvården i Sverige till övervägande delen är – och under lång tid varit – offentligt finansierad. Journalen är ju endast allmän handling inom den offentligt drivna vården, vilket framgår genom 2 kap. 3 § tryckfrihetsförordningen (TF) där det sägs att en handling är allmän om den är *inkommen till* eller *upprättad* hos en myndighet. Utan offentlig hälso- och sjukvård hade alltså journalen inte blivit en allmän handling. Frågan om hur journalen blev allmän handling besvaras i kapitel 3.3. Där konstateras att journaldokumentet blev allmän handling genom rättstillämpningen och JO-uttalanden. Enligt den statliga utredningen *Journalutredningen (SOU 1984:73)*, blev tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar tillämpliga på journaldokumentet sedan ett antal JO-uttalanden konstaterat att journaler är en typ av dokument som *färdigställs för anteckning och införelse* och därmed kan betraktas upprättade inom en myndighet (Jfr. 2 kap. 7 § TF).

Av kapitel 3.3 framgår också att huvudregeln redan på 1980-talet var att patienten hade rätt att läsa sin journal. Jag vill här dock illustrera att patientens rätt att läsa sin journal inte alltid varit självskriven. En jämförelse av bestämmelserna i 1937 års sekretesslag och 25 kap. 6 § OSL visar nämligen att patientens rätt att läsa sin journal successivt har stärkts. I 1937 års bestämmelse räckte det att det fanns en *grundad* anledning att anta att ändamålet med vården eller behandlingen skulle motverkas genom att handlingen lämnades ut. I 25 kap. 6 § OSL krävs numera att det är av *synnerlig* vikt med hänsyn till vården eller behandlingen för att en journal inte ska lämnas ut på begäran av patienten. Med andra ord har det blivit svårare för hälso- och sjukvårdspersonalen att neka patienten att läsa sin journal. En tänkbar förklaring till detta är att lagstiftaren åtminstone från 1980-talet och framåt har haft som intention att patienten ska ha rätt till information om sig själv. Min uppfattning är att den alltmer uttalade principen om patientens rätt till information om sig själv, kan sägas legitimera direktåtkomst till patientjournalen och i viss mån därigenom överskugga integritetsmässiga och patientsäkerhetsmässiga invändningar.

### **7.1.2 Direktåtkomst kan ses som komplement till informationsskyldigheten**

Frågeställning nummer två i denna uppsats löd: *Vad innebär, i juridiskt hänseende, patientens rätt till information om sig själv och påverkar denna rätt till möjligheten att medge den enskilde direktåtkomst?* Till att börja med så kan patientens rätt till information om sig själv sägas hänga samman med att hälso- och sjukvårdspersonalen har en informationsskyldighet gentemot patienten. Som redovisas i kapitel 5.2, så framgår denna informationsskyldighet

idag av 3 kap. Patientlagen (2014:821). Skyldigheten att informera patienten har funnits länge i hälso- och sjukvården, men som beskrivs i avsnitt 3.2, så innebar emellertid tillkomsten av 1980 års tillsynslag och 1982 års hälso- och sjukvårdslag att skyldigheten att informera patienten utvidgades. Från 1980-talet och framåt har lagstiftaren också fortsatt betona att patienten har rätt till information. I kapitel 3.3 visas att detta motiv framhölls både vid införandet av Patientjournalagen och när möjligheten att medge enskild direktåtkomst infördes genom 5 kap. 5 § PDL. Hur stark är då patientens rätt till information om sig själv? Är detta en utkrävbar rättighet för patienten? Svaret är nej, patienten har inte några rättsliga medel att tillgripa om hälso- och sjukvårdspersonalen brister i sin informationsskyldighet.<sup>87</sup> Men patientens rätt till information om sig själv kan trots det nu anförda ses som en viktig princip inom hälso- och sjukvården. Som tydliggörs i avsnitt 5.2.1, så hänger hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet samman med att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i sin vård och behandling. Denna självbestämmanderätt kan i sin tur härledas till 2 kap. 6 § regeringsformen där det fastläs ett förbud mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Patientens rätt till information har således koppling till en grundlagsskyddad rättighet.

När man har konstaterat att patientens rätt till information om sig själv är en viktig princip i den svenska hälso- och sjukvården, så ligger det nära till hands att betrakta möjligheten att medge patienten direktåtkomst till sin journal som ett naturligt steg i rättsutvecklingen. Med andra ord kan direktåtkomst ses om ett komplement till hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet. Men det är också viktigt att komma ihåg att lagstiftaren inte medgett att direktåtkomst ska stå över de begränsningar som finns i patientens rätt att ta del av sin journal. I avsnitt 5.2.2 visas att en första sådan begränsning kan vara att patienten på grund av låg ålder saknar rättshandlingsförmåga. Det framkommer nämligen av 6 kap. 2 § föräldrabalken (FB) att underåriga patienter ska företrädas av sina vårdnadshavare. Detta får till följd att vårdnadshavaren har rätt att läsa barnets journal. I takt med stigande ålder har barnet dock med stöd i 6 kap. 11 § FB rätt att ha synpunkter på detta. Inom den offentliga hälso- och sjukvården kan vårdnadshavarens rätt att ta del av sitt barns journal även inskränkas enligt 12 kap. 3 § OSL. Bestämmelsen anger att det råder sekretess gentemot vårdnadshavaren om det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgifter om denne röjs för vårdnadshavaren. En annan typ av begränsning är de fall då det

---

<sup>87</sup> Ett undantag från detta är emellertid patientens möjlighet att överklaga ett beslut som nekar patienten rätt att ta del av sin journal. Får patienten avslag på begäran om journalutlämnande, så kan han eller hon överklaga beslutet hos domstol (se avsnitt 1.4 och 5.1).

råder sekretess gentemot patienten själv. Vilka uppgifter som inte får lämnas ut till patienten själv framgår i avsnitt 5.3. Där framgår också, så som nämndes tidigare i detta kapitel, att uppgifter i sällsynta fall får hemlighållas för patienten om det är av synnerlig vikt för ändamålet med vården eller behandlingen (25 kap. 6 § OSL och 6 kap. 12 § PSL). Patienten får i vissa fall också undanhållas information om uppgiftslämnare (25 kap. 7 § OSL och 6 kap. 13 § PSL). På grund av de nu nämnda begränsningarna i patientens och vårdnadshavarens rätt att ta del av journalen, måste de tekniska system som medger direktåtkomst, ha förmåga att filtrera bort de uppgifter som kan omfattas av sekretess eller tystnadsplikt. Direktåtkomst innebär ju nämligen ett automatiserat utlämnande. Lagstiftaren förefaller ha varit medveten om den problematik detta kan innebära. Som framgår av avsnitt 5.2.2, så säger förarbetena till 5 kap. 5 § PDL att en viktig förutsättning för att medge direktåtkomst är att frågan om sekretess prövas redan när vårdgivaren medger direktåtkomst. Här tycks det alltså som att lagstiftaren förespråkar en förtida menprövning. Exakt hur denna förtida menprövning får gå till, framgår emellertid inte av förarbetena. Som uttrycktes i avsnitt 3.6, är min uppfattning att det ur integritets- och patientsäkerhetshänseende vore önskvärt att det fanns mer uttryckligt angivet i lagen eller förarbetena hur sekretessprövningen ska gå till.

### **7.1.3 Enskilds direktåtkomst införs i allt fler landsting och regioner**

Uppsatsens sista frågeställning var: *Vilken roll har enskilds direktåtkomst i det nationella eHälsarbetet och vad kännetecknar utfallet av 5 kap. 5 § PDL så här långt?* Ett svar på frågan om vilken roll enskilds direktåtkomst har i det nationella eHälsarbetet presenterades i kapitel 6. Där visas att det finns en uttalad politisk vilja om att patienten ska ha rätt till information om sig själv på elektronisk väg. En förklaring till varför det finns en starkt uttalad politisk vilja om att patienten ska medges direktåtkomst, kan utläsas ur vad som framkommer i avsnitt 3.4. I avsnittet visas att lagstiftaren vid införandet av PDL såg patientens direktåtkomst till sin journal som ett sätt att vinna patientens förtroende för sammanhållen journalföring. Enligt mig skulle detta kunna tolkas som att lagstiftarens förhoppning därmed var att överskugga det hot mot den personliga integriteten som sammanhållen journalföring kunde tänkas innebära. Genom att fortsätta betona patientens rätt till information om sig själv kan det nationella eHälsarbetet sägas försöka legitimera att man vill göra det ännu enklare att utbyta patientuppgifter inom hälso- och sjukvården. Som beskrivs i avsnitt 3.5 så vill *Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23)*, genom förslaget på en

ny Hälso- och sjukvårdsdatalag att det ska bli lättare för olika vårdgivare att utbyta information. Vidare vill utredningen minska begränsningarna i att låta patienten läsa sin journal. Ett av skälen till detta är som vi ser i kap. 3.5 att utredningen betraktar bestämmelserna som ett hinder i spridningen av e-tjänster som gör att patienten kan läsa sin journal. Bör då bestämmelserna om begränsningarna i patientens rätt att ta del av sin journal tas bort eller inte? Jag tycker att denna fråga kan besvaras med ett resonemang liknande det som Ulrika Sandén för i sin avhandling angående bestämmelserna i 25 kap. 7 § OSL och 12 kap. 13 § PSL om skydd för uppgiftslämnare. Det är dock inte nämnda bestämmelser som *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* vill slopa. De vill ta bort bestämmelserna i 25 kap. 6 § OSL och 6 kap. 12 § PSL. Min uppfattning är att dessa bestämmelser i likhet med vad Sandén anser om bestämmelserna till skydd för uppgiftslämnare, bör kunna slopas om det inte hotar patientsäkerheten avsevärt. Sandén menar att sekretesskyddet för uppgiftslämnare bör slopas om detta inte hotar patientsäkerheten. Ett viktigt argument för att slopa bestämmelserna är enligt Sandén patientens rätt till information om sig själv (se kap. 5.3).

Kännetecknade för utfallet av 5 kap. 5 § PDL så här långt är i korthet att bestämmelsen vunnit mark. Alltfler landsting väljer att införa tjänsten, trots att det förefaller finnas brister i de e-tjänster som hittills tagits fram.

## **7.2 Slutsatser**

I uppsatsens inledning (se avsnitt 1.4) nämndes att patientsäkerhet handlar om att skydda patienten från att skadas eller utsättas för risker i hälso- och sjukvården. I inledningen sades också att skyddet för den personliga integriteten i den här studien främst syftar på att obehöriga inte ska kunna ta del av känslig information om patienten. I det följande ska ett par av de patientsäkerhets- och integritetsfrågor som aktualiseras i samband med att patienten tillåts läsa sin journal via nätet, särskilt lyftas fram.

### **7.2.1 Är det patientsäkert att låta patienten läsa sin journal via nätet?**

Nedan ska först ett par faktorer av betydelse för patientsäkerheten tas upp. Därefter kommer integritetsfrågan att diskuteras. Som framgår av avsnitt 4.1, så vill lagstiftaren att patientsäkerheten och patientens integritet ska skyddas vid tillämpningen av PDL. I avsnitt

4.1 sägs också att journalens syfte i första hand är att utgöra ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen. För att journalen ska uppfylla patientsäkerhetskraven finns, vilket framgår av avsnitt 4.2, regler om vad journalen ska innehålla för uppgifter om patienten, krav på signering och krav på att journalens språk ska vara tydligt och lätt att förstå för patienten. Det jag har funnit som skulle kunna inverka negativt på patientsäkerheten i samband med att patienten läser sin journal via nätet, är främst det att det inte finns några regler som säger att journalanteckningarna patienten tar del av måste vara signerade (jämför avsnitt 6.4). I avsnitt 3.3 där arbetet redogör för bakgrunden till att journalen kom att betraktas som en allmän handling, framkommer att journalen blir allmän handling så snart den har *färdigställts för anteckning eller införing*. För frågan om journalen är färdigställd för anteckning eller införing saknar det dock betydelse om den är signerad eller inte. Det nu redovisade innebär således att patienter som tar del av sin journal via nätet kan komma att läsa anteckningar som är osignerade. Det kan exempelvis röra sig om anteckningar som en läkare har dikterat åt sin sekreterare, men som inte har kontrollerats sedan de färdigställdes för anteckning eller införing. Enligt mig är den nu nämnda ordningen riskabel ur patientsäkerhetshänseende, eftersom den inte kan anses förenlig med den stora betydelse som lagstiftaren anser att hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet ska ha, jämför avsnitt 5.2.1. Om journalen via nätet, ska vara ett sätt att informera patienten, så är det enligt mig rimligt att ställa krav på att den som är journalföringskyldig faktiskt har kontrollerat att den information som når patienten är korrekt. Men hur rimlig denna slutsats än ter sig, är samtidigt ett krav på att journaler ska vara signerade innan patienten medges direktåtkomst, i praktiken orealistiskt. Detta främst mot bakgrund förslaget att slopa signeringskravet i *Utredningen om rätt information i vård och omsorg*, se avsnitt 3.5. Utredningen konstaterar nämligen att det finns skäl att slopa signeringskravet, då detta utgör en arbetsuppgift som många hälso- och sjukvårdsanställda idag inte hinner med. Vidare säger utredningen att signeringskravet borde ersättas med ett krav på kontrolläsning. Man kan samtidigt fråga sig vad det är som säger att kontrolläsning kommer hinnas med i större utsträckning än signering. Kanske behöver hälso- och sjukvården inte slopa signeringskravet, utan snarare avsätta mer resurser och arbetsro åt de anställda.

I det nu sagda har jag inte tagit upp det faktum att även journaler som begärs ut manuellt, kan komma att vara osignerade. Idag har man till exempel i Region Skåne valt att centralisera samtliga begäranden om journalutlämnanden till Regionarkivet. Tidigare var det kanske i högre utsträckning vanligare att den journalföringskyldige själv fick höra talas om när en patient ville ta del av sin journal. Det är möjligt att den journalföringskyldige då även

gjorde den manuella menprövningen och i samband med det kontrolläste och signerade anteckningen innan den lämnades ut. Huruvida de journaler som lämnas ut manuellt i högre utsträckning är signerade eller inte, låter jag vara osagt. Det jag däremot vill ha sagt är att i den bästa av världar, borde rimligtvis både journaler som lämnas ut automatiskt och de som lämnas ut manuellt vara det.

Innan jag lämnar patientsäkerhetsfrågan och går vidare till integritetsfrågan, tänker jag säga ett par ord om hur regelverket för e-tjänsten *Journalen* tänker sig att sökordet *Tidiga hypoteser* ska användas i samband med journalföring, se avsnitt 6.4 och 6.4.2. I de nämnda avsnitten visas att sökordet är tänkt att rymma mer än bara *Tidiga hypoteser*, nämligen uppgifter som kan omfattas av sekretess i förhållande till patienten. Mot bakgrund av att patientjournalens främsta syfte är att utgöra ett arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen, så hade det varit att föredra om det hade funnits andra sätt att filtrera bort information som inte får visas för patienten. Att inte behöva lämna ut *Tidiga hypoteser* anser säkert många inom hälso- och sjukvården är viktigt ur etiskt synvinkel, inte minst ifråga om vården av patienter där utredning pågår av ännu oklara sjukdomstillstånd. För att journalen ska vara ett smidigt arbetsredskap bör detta sökord enligt mig inte sammanblandas med uppgifter som rör sig om en förtida menprövning. Jag menar också att även om förslaget om att slopa bestämmelserna i 25 kap. 6 § OSL och 6 kap. 12 § PSL blir verklighet, finns det behov av en teknisk lösning som innebär att förtida menprövningar görs på ett patientsäkert sätt. En sådan lösning kan eventuellt vara att göra det möjligt för den som skriver journal att markera de delar av journalen som omfattas av sekretess. Härmed lämnar jag patientsäkerhetsfrågan och går över till integritetsfrågan.

### **7.2.2 Påverkar direktåtkomst till journalen patientens integritet?**

Förutom att utgöra ett arbetsmaterial för hälso- och sjukvårdspersonalen, är ett av journalens syften enligt 3 kap. 2 § PDL att vara en informationskälla för patienten själv. Vidare är huvudregeln att sekretess eller tystnadsplikt inte gäller gentemot patienten själv. Det nu sagda talar för att det ur integritetssynpunkt inte går att resa några större invändningar mot att patienten läser sin journal via nätet. Patienten har ju snarare en rätt till information om sig själv. Samtidigt skulle en invändning ur integritetssynpunkt kunna vara att det faktum att direktåtkomst innebär att journaluppgifter blir mer lättåtkomliga för patienten, vilket kan göra att patienten i större utsträckning kan komma att utsättas för påtryckningar från anhöriga,

arbetsgivare och andra om att låta dem ta del av patientens journal. Denna invändning togs upp redan i förarbetena till bestämmelsen, men avfärdades där med att denna risk redan fanns i och med möjligheten att begära ut journalen manuellt. Frågan kan emellertid sägas ha aktualiserats igen i och med Datainspektionens tillsynsbeslut efter granskningen av efterlevnaden av 5 kap. 5 § PDL i Landstinget i Uppsala län, samt domen från Förvaltningsrätten i Stockholm, se avsnitt 6.4.1. Som påtalas i avsnitt 6.5, är min uppfattning att ombudsfunktionen är diskutabel ur integritetssynpunkt eftersom det aldrig går att kontrollera huruvida patientens informerade samtycke till utlämnande verkligen föreligger.

### 7.3 Avslutande kommentarer

En fråga som inte berörts tidigare är hur journalen via nätet förhåller sig till hälso- och sjukvårdens övergripande mål, vilket enligt 2 § HSL är att erbjuda en god vård på lika villkor för hela befolkningen? Eftersom hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet är en viktig princip i hälso- och sjukvården, skulle det kunna hävdas att direktåtkomst för patienten är ett sätt att ge patienten en extra informationsservice. Med detta synsätt är journalen via nätet enligt mig inte oförenlig med hälso- och sjukvårdens mål om att alla ska erbjudas en god vård. En invändning är dock att eftersom målet om en god vård i 2 § HSL säger att vården ska ges på lika villkor, så vore det önskvärt att såväl möjligheten till som förutsättningarna för direktåtkomst är desamma, oavsett var man är bosatt. Vidare är det en fördel om möjligheten att begära ut sin journal manuellt får finnas kvar, då det annars finns en risk att medborgare som saknar förutsättningar att använda Internet, skulle kunna missgynnas.

Jag tror att det finns och även framöver kommer finnas en stor andel medborgare som vill kunna ta del av sin journal via nätet. I dagsläget verkar det emellertid, åtminstone enligt min mening, som om utvecklingen mot allt bredare möjligheter att låta patienten läsa sin journal via nätet går lite för fort fram. Som den här uppsatsen visat, så förefaller de tekniska system och det nationella regelverk som ska användas för ändamålet, vara i behov av en översyn där patientsäkerhets- och integritetsfrågorna särskilt lyfts fram. Att göra de tekniska systemen lagliga, istället för att utveckla tekniken, vilket kan sägas vara vad *Utredningen om rätt information i vård och omsorg* förespråkar, är enligt min mening inte rätt väg att gå. Förhoppningsvis går det istället med lite tid och resurser att finna nya tekniska lösningar som kan säkerställa att kraven i den nuvarande lagstiftningen verkligen efterlevs.

**Nationellt regelverk för enskilds direktåtkomst till journalinformation fastställt 2014-03-30. (Regelverket är hämtat från <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/Nationellt-regelverk/> den 11 maj 2015).**

### *Grundläggande regler*

Dessa regler ska uppfyllas hos alla sjukvårdshuvudmän som erbjuder e-tjänster för direktåtkomst till journalinformation.

1. Den enskilde ska identifieras genom säker inloggning
2. Den enskilde ska få upplysningar om vart man ska vända sig för att få hjälp att förstå journalinformationen, samt i vilken mån journalinformationen är begränsad
3. Vuxna personer från 18 år ska ha direktåtkomst till sin egen journalinformation
4. Vårdnadshavare ska ha direktåtkomst till sina barns journalinformation till de fyller 13 år
5. Vuxna personer ska kunna utse andra vuxna personer till ombud och ge dem direktåtkomst till journalinformation
6. Barn upp till 17 år ska inte ha direktåtkomst till sin egen journalinformation
7. Den enskilde ska kunna försegla sin journal och ska därefter inte ha direktåtkomst till sin journalinformation
8. Den enskilde ska ha möjlighet att kontrollera åtkomstlogg och därigenom få information om vilken vårdpersonal och eventuella ombud som har öppnat journalen

### *Valbara regler*

Tillämpningen av dessa regler beslutas av sjukvårdshuvudmannen.

9. Den enskilde ska välja om journalinformation ska vara tillgänglig för direktåtkomst oavsett om den är signerad / vidimerad eller ej

*eller*

Journalinformation ska vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst endast om den är signerad / vidimerad

10. Den enskilde ska välja om journalinformation ska vara tillgänglig för direktåtkomst omedelbart eller med 14 dagars fördröjning

*eller*



Journalinformation ska vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst med 14 dagars fördröjning

11. Journalanteckningar som kategoriserats med sökordet Tidiga hypoteser ska inte vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst
12. Journalanteckningar som kategoriserats med sökordet Våldsutsatthet i nära relationer ska inte vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst
13. Journalinformation från vårdenheter där sjukvårdshuvudmannen genom ett policybeslut bedömt att en manuell menprövning bör göras inför utlämning ska inte vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst
14. Journalinformation från yrkeskategorier där sjukvårdshuvudmannen genom ett policybeslut bedömt att en manuell menprövning bör göras inför utlämning ska inte vara tillgänglig för den enskildes direktåtkomst
15. Den enskilde ska ha direkttillgång till all journalinformation som är elektroniskt tillgänglig

***Tillämpas inte***

16. Den enskilde ska kunna ange en avvikande mening som sparas i anslutning till journalanteckningen

## Bilaga B

Beslut *Region Skånes regler för tjänsten Journalen*, undertecknat av tf Regiondirektör 2014-07-10.

## Bilaga C

Beslut *Påminnelse om Tidiga hypoteser i samtliga journalsystem*, undertecknat av tf  
Regiondirektör 2014-07-09.

## Käll- och litteraturförteckning

### Tryckta källor

#### *Datainspektionen*

Datainspektionens beslut den 2 juni 2014 med dnr 137-2014

#### *Propositioner*

Prop. 1984/85:189 om patientjournalag m.m.

Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m.

Prop. 2013/14:106 Patientlag

#### *Rättsfall*

Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 20 maj 2015 med mål nr 14181 – 14

RÅ 1994 not 178

#### *Skrivelser*

Skr. 2005/06:139 Nationell IT-strategi för vård och omsorg

#### *Socialstyrelsen*

Socialstyrelsens tillsynsbeslut den 24 november 2008 (dnr 44-9129/08)

#### *Statens offentliga utredningar*

SOU 1951:53 Betänkande VII angående Patient-, personal-, förråds-, och medelsredovisningen vid lasarett

SOU 1984:73 Patientjournalen

SOU 2006:82 Patientdatalag

SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats i rätt tid

### Litteratur

Axelsson, Ewa: *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård. En medicinrättslig studie.*, Uppsala 2011

Björk, Anne: ”Journal på nätet, för vem”. I: *Läkartidningen* nr 41, 2011

Brännström, Leila: *Förrättsligande. En studie av rättens risker och möjligheter med fokus på patientens ställning.*, Lund 2009

Grewin, Bernhard: ”Den tillgängliga journalen”. I: *Läkartidningen* nr 35, 2003

Kleineman, Jan: ”Rättsdogmatisk metod”. I: *Juridisk metodlära (red. Fredric Korling och Mauro Zamboni)*, Lund 2013

Krusberg, Pernilla: *Hälso- och sjukvårdssekretessen. Handbok för hälso- och sjukvårdspersonal*, Norstedts Juridik 2012

Lundell, Bengt m.fl.: ”Regeringsformen och förvaltningen – styrning och rättslig reglering”. I: *Statsvetenskaplig tidskrift* 2012

Lyttkens, Leif: ”Sorgliga angrepp på Min journal på nätet”. I: *Läkartidningen* nr 13, 2013

Mattsson, Titti: ”Socialtjänst och e-förvaltning. E-tjänster för äldre och personer med funktionshinder”. I: *Förvaltningsrättslig Tidskrift* 2010

Melander, Wikman, Anita: ”Definitioner och modeller för e-hälsa”. I: Gard, Gunvor och Melander, Wikman, Anita (red), *E-hälsa – innovationer, metoder, interventioner, perspektiv*, Lund 2012

Ranerup, Agneta: ”Patient, medborgare eller konsument? Individens roller visavi sjukvården och arbetet med en svensk sjukvårdsportal”. I: *Förvaltning och medborgarskap i förändring* (red. Katarina Lindblad- Gidlund m.fl.), Lund 2010

Ranerup, Agneta: ”The socio-material pragmatics of e-governance mobilization.” I: *Government Information Quartely* vol. 29, 2012

Rothstein, Bo: ”Välfärdsstat, förvaltning och legitimitet”. I: *Politik som organisation* (red. Bo Rothstein), Lund 2014

Rynning, Elisabeth: *Samtycke till medicinsk vård och behandling.*, Uppsala 1994

Sandén, Ulrika: *Sekretess och tystnadsplikt inom offentlig och privat hälso- och sjukvård. Ett skydd för patientens personliga integritet.*, Umeå 2012

Sandgren Claes: ”Empiri och rättsvetenskap”. I: *Juridisk Tidskrift* 95/96

## **Elektroniska källor**

Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Hämtad den 11 maj 2015 från

<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/handbocker/handbokominformationshanteringochjournalforing>

<http://www.ehalsomyndigheten.se/Om-oss-/Historik/>. Hämtad den 11 maj 2015.

<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/HSA/>. Hämtad den 11 maj 2015.

<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/>. Hämtad den 11 maj 2015.

<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/Inforande/>. Hämtad den 11 maj 2015.

<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/Journalen-och-Vardhandlingar/>.  
Hämtad den 11 maj 2015.

<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journal-och-lakemedelstjanster/>. Hämtad den 11 maj 2015.

<http://vardgivare.skane.se/it2/it-stod-och-tjanster-a-o/nationell-patientoversikt-npo/#15234>.  
Hämtad den 11 maj 2015.

Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg.  
Hämtad den 11 maj 2015 från <http://www.nationellehalsa.se/nationell-ehalsa>

Nationellt regelverk för Journalen. Hämtad den 11 maj 2015 från  
<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/Nationellt-regelverk/>.

## Övriga källor

*Dokument från Region Skåne*

Beslut, tf Regiondirektör, ”Region Skånes regler för tjänsten Journalen”, 2014-07-10

Beslut, tf Regiondirektör, ”Påminnelse om *Tidiga hypoteser* i samtliga journalsystem”, 2014-07-09