

Lunds universitet

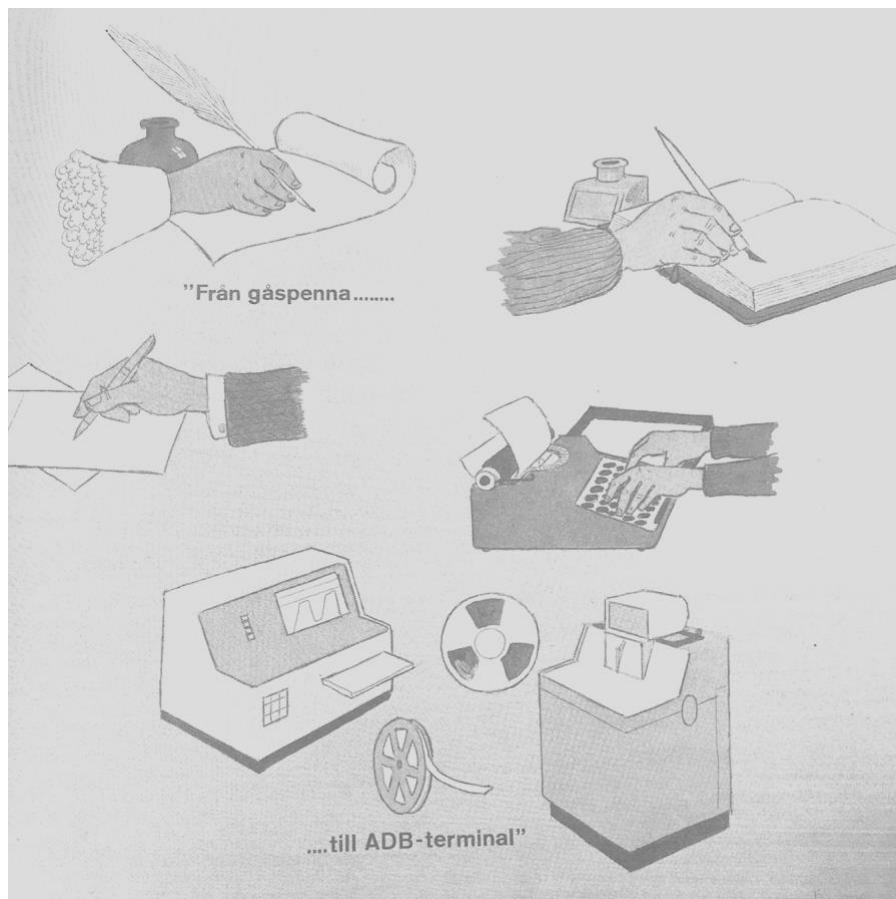
Kandidatuppsats i idé- och lärdoms historia, ILHK02

Handledare: Victoria Höög

VT 2018

Från läkarens egna minnesanteckningar till vårdapparatens kommunikationsmedium

Den svenska hälso- och sjukvårdens byråkratisering mellan åren
1900 och 1986 – patientinformation mellan individ och system



Ur Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstituts projekt "Grundjournal", år 1976.

Klara Müller

Abstract

From the Physician's Own Memorandum to a Communication Media in the Health care System Between 1900–1986

The focus in this thesis is on how medical patient records have developed and changed due to the modernization processes in the Swedish health care system during the period 1900–1986. The processes are followed and analyzed by the written means of communication in use. These are: handwritten text by the physician; type written text produced by a new profession (the medical secretary), and lastly by computer generated text produced by a network of different occupational identities. A central point is that the different means of communication convey the patient records in different ways, hence affects what function the information had in the health care system. One of the purposes with this thesis is to give new perspectives on how seemingly trivial bureaucratic processes comprise knowledge that influences the actions taken by the involved categories: physicians, patients and health care administrators. The growing work load together with writing the patient records was supposed to take too much time from the single physician's main task, to use the medical competence for diagnosis and treatment, and a new profession was established: the medical secretary. By introducing the type writer in the health care system, conceptions of objectivity, modernity and rationalization was linked to medical records. When the health care system further expanded, several Official Reports of the Swedish Government (Statens Offentliga Utredningar) were analyzing how to best and most rationally organize the patient documentation. When the computer was introduced the awareness of the patients' integrity increased. One reason behind the new awareness seems to be the expanded network of different occupational identities around patients, hence the physician became only one of several professions involved in the treatment. Still a remarkable result of my investigation is that by large the patient records kept the same form during almost a century. Until 1986 the physician's notes are in general unregulated by the law. A probable explanation is that the high status and the medical specialized competence keeps a free space for the profession and delays the legislation.

Key words: healthcare, medical records, medical secretary, bureaucracy, bureaucratization, media history, the history of ideas, information history.

Nyckelord: sjukvård, patientjournaler, läkarsekreterare, byråkrati, byråkratisering, mediehistoria, idéhistoria, informationshistoria.

Innehållsförteckning

Från läkarens enskilda anteckningsbok till sekretessbelagda patientdata: om sjukhusets skrifttekniker och byråkratisering	1
Syfte, avgränsningar och frågeställningar	2
Forskningsläge och utgångspunkter	3
Teoretiska perspektiv, metod och material	7
Disposition	11
Läkarens enskilda minnesbok: den decentraliserade vården och handskriften	11
Åtskillnaden mellan sjukhusets bokföring och läkarens enskilda minnesbok	11
Sjukhusets dokumentationsgenrer	14
Subjektiviteten börjar ifrågasättas	16
Kontoret gör entré på sjukhuset: läkarsekreteraren och den rationella maskinskriften	18
Rationalisera eller drunkna i informationsfloden?	18
Standard i rationell maskinskrivning: läkarsekreterarens kontorsarbete	23
Projekt rationell patientjournal – ”Grundjournalen”	26
Patienten och datamaskinen	28
Medicinsk automatisk databehandling: den vita rockens pondus kontra ”en blinkande elektronhjärna”	28
Patientjournalagen som en svidande kritik av datoriseringen: ”Det gamla förtroendeförhållandet mellan patienten och läkaren är ett minne blott”	32
Slutdiskussion och sammanfattning	36
Litteraturförteckning	41
Tryckt material	41
Otryckt material	47
Appendix	48

Från läkarens enskilda anteckningsbok till sekretessbelagda patientdata: om sjukhusets skrifttekniker och byråkratisering

I januari 2015 beskrev generaldirektören för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) hur den ineffektiva och ständigt ökande byråkratiseringen av vården äventyrar patientsäkerheten. Hela sjukvårdssektorn höll enligt IVO på att byråkratiseras i allt för hög grad, ”och den egna lösningen på många problem heter idag fler riktlinjer eller rutiner.”¹ Problemet ansågs inte bero på enskilda individer utan på sjukhusens organisationskultur. Det internationella kvalitetsinstitutet Joint Commission har angett brister i kommunikationen som den enskilt viktigaste orsaken till vårdskador, och WHO rapporterar att 70 procent av alla händelseavvikelser beror på bristande kommunikation. Särskilt journalföringen anses av IVO vara problematisk, då rutinerna medför för omfattande journaler som skapar förvirring och ineffektivitet.²

Stockholms landstings storsatsning Nya Karolinska har ända sedan 2016 bevakats som något av ett skandalprojekt. Det uppseendeväckande med Nya Karolinska har varit dess otroligt höga och skenande kostnader. Bakom gömmer sig den omorganisation som presenterats under namnet ”värdebaserad vård”. Så kallade flödesmodeller ska användas för att genomföra vad som, med forskaren Jesper Mejlings begrepp, handlar om en *diagnos-baserad konkurrens*.³ För att kunna mäta och jämföra ”patientflödena” delat på behandlingens utfall har förbättringar av informationsteknologin för patientdata eftersträvats. Genom reformerad hantering av patientdata påstår man sig därmed kunna beräkna sjukvårdens värde.

Informationshantering inom vården är uppenbarligen ett dagsaktuellt problem. I denna uppsats ligger fokus på det dokument som under 1900-talet varit den mest centrala delen av patientdokumentationen, journalen, men berör i anslutning till denna också andra former av dokumentation inom hälso- och sjukvården. Hur har patientdokumentation förändrats historiskt, vad har dess funktion varit?

Redan namnet *journal* bär med sig något av sin historia. Journal härstammar från latinets *diurnalis*, vilket kan översättas som *daglig*.⁴ Praktiken att föra dagliga anteckningar i form av en slags medicinsk dagbok kan spåras hela vägen till ”läkekonstens fader”

¹ Gunilla Hult Backlund, ”För mycket dokumentation äventyrar patientsäkerheten”, *Dagens Nyheter*, 20 januari 2015.

² Ibid.

³ Jesper Mejling, *Nya Karolinska: ett pilotprojekt för marknadsstyrd vård?* (Stockholm: Arena idé, 2018), 6.

⁴ Inga Nilsson, *Medicinsk dokumentation genom tiderna: en studie av den svenska patientjournalens utveckling under 1700-talet, 1800-talet och 1900-talet*, (Lund: Enheten för medicinens historia, 2007), 11.

Hippokrates.⁵ När läkare började föra anteckningar om vården var dock inte tanken att patienten, eller någon annan, skulle ta del av dem. De var helt enkelt personliga och individuella minnesanteckningar. Under 1900-talet har patientdokumentationen ökat explosionsartat. En större mängd aktörer i en organisatoriskt och teknologiskt förändrad vårdapparat har gjort att både mängden information och andelen människor som kunnat ta del av informationen har ökat. Idag innehåller patientjournalen en stor samling data, oftast digitala, som regleras av en bred lagstiftning i form av patientdatalagen från år 2008.⁶ Patientjournalen har gått från att vara enskilda läkares handskrivna och personliga anteckningar till att bli digitala dokument som används av ett större antal personer, för många olika ändamål. Denna uppsats analyserar patientdokumentationens förändring utifrån tre av 1900-talets mest centrala skrifttekniker, handskriften, maskinskriften och datorskriven text, till och med att patientjournalagen började gälla den 1 januari år 1986. Analysen görs med utgångspunkt i diskussioner om patientjournalens funktion utifrån de medieteknologiska förändringarna.

Syfte, avgränsningar och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att undersöka idéer om patientjournalens förändring och omformning i takt med moderniseringen av den svenska hälso- och sjukvården under 1900-talet. Det görs med utgångspunkt i tre av 1900-talets skrifttekniker: handskriften, skrivmaskinen samt datorskriven text. Med hjälp av skriftteknikerna undersöker jag hur de bidrog till att omforma funktionen av den relevanta patientinformationen inom hälso- och sjukvården. Ett vidare syfte med uppsatsen är att ge nya perspektiv på hur även till synes triviala administrativa system innehåller kunskap som påverkar aktörernas ställningstagande, i detta fallet såväl patient och läkare som sjukhusadministratörer. Ämnet har hög samhällsrelevans, men är inte nog utforskat. Att utöka kunskapsläget om hur journalers funktion diskuterats och förändrats under 1900-talet, i relation skrifttekniska förändringar och olika aktörer inom vården, är därmed även relevant för människor som arbetar med journaler idag.

Avgränsningarna gäller Sverige och utgörs av tre delstudier mellan åren 1900 och 1986. I början av 1900-talet ansågs patientjournalen vara läkarens enskilda egendom och

⁵ Rikard Friberg von Sydow, "Medical records: the different data carriers used in Sweden from the end of the 19th century until today and their impact on confidentiality, integrity and availability", (Huddinge: Södertörns högskola, 2017). 41.

Hippokrates levde ca. 460 f.Kr. – 370 f.Kr.

⁶ Svensk författningssamling nr. 2008:355 utfärdad 2008-05-29 av Socialdepartementet.

anteckningarna gjordes *för hand*. Vid seklets mitt ställdes allt högre krav på dokumentationen, och idéer om en kontorsrationaliserad journal började tillämpas inom vårdapparaten. Under denna tidsperiod anställdes fler läkarsekreterare som skrev ner läkarens dikterade ord med hjälp av *skrivmaskin*. I början av 1960-talet började idéer om användningen av *datamaskiner* för medicinsk dokumentation att spridas. Urvalet motiveras av att tidigare studier om medicinska förändringar i relation till de medieteknologiska har visat sig fruktbara.⁷ Skriftteknikerna har valts ut utifrån tidigare forskning, som även indikerat att vissa perioder varit viktigare för forandet och omforandet. Undersökningens studieobjekt är inte artefakter i form av faktiska patientjournaler, utan istället hur förändringarna har diskuterats i relation till skriftteknikerna.

Följande frågor är centrala i studien:

- Hur diskuterades och bemöttes idéer om och förändringar av patientjournalens funktion, i relation till den relevanta samhälleliga och skriftteknologiska kontexten? Beror detta av om aktören i fråga är objekt för eller subjekt i förändringsprocesserna?
- Hur beskrevs patientjournalens funktion i relation till handskriften/maskinskriften/den datorbaserade texten?

Forskningsläge och utgångspunkter

Ett fåtal historiska studier om medicinsk dokumentation i Sverige har genomförts under senare tid. Medicinhistorikern Inga Nilssons avhandling *Medicinsk dokumentation genom tiderna* gör ett antal nedslag i den medicinska dokumentationens utveckling under de senaste tre århundradena med målet att beskriva dess historiska utveckling. Resultaten rör framförallt hur mycket som går att återfinna i den nutida patientjournalen jämfört med patientjournalen från början av 1700-talet. Nilsson fastslår att en standardiseringsprocess skett men går inte närmare in på specifika förklaringar för denna, utan studien nöjer sig med att det skett sedan 1700-talets början.⁸ I kapitlet som berör 1900-talet beskriver Nilsson med ett fåtal exempel förändringar gällande regelverk, användning och tekniska förändringar. Avhandlingens perspektiv är allmänt ”medicinhistoriskt”, vilket kan bidra till att slutsatserna är svepande när det kommer till vilka faktorer som påverkat den medicinska dokumentationen under 1900-

⁷ Volker Hess & J. Andrew Mendelsohn, ”Case and series: medical knowledge and paper technology, 1600–1900”, *History of Science*, nr. 48, 2010.

⁸ Nilsson, 161–165.

talet. I och med att föreliggande studie tillför ett materiellt idé- och mediehistoriskt perspektiv kan kontexten kring patientdokumentationens förändring klargöras ytterligare jämfört med Nilssons studie.

Historikern Rikard Friberg von Sydow har i två artiklar behandlat patientjournaler i Sverige ur ett historiskt perspektiv.⁹ Materialet i fokus för bägge undersökningarna är den statliga offentliga utredningen som låg till grund för patientjournallagen som röstades igenom år 1986.¹⁰ Friberg von Sydow analyserar utredningen och hur den hanterar patientintegritet i relation till den begynnande användningen av automatisk databehandling. Thomas Winman, forskare inom pedagogik, har skrivit ett kapitel i antologin *Organisation, teknik och lärande* som behandlar patientjournalen ur ett informationsorganisatoriskt perspektiv.¹¹ Boken tillkom inom forskningsprojektet *LearnIT* som var inriktat på studier av sambandet mellan lärande och informationsteknik. Winmans bidrag utreder på ett fåtal sidor hur journalen har vuxit fram utifrån vårdens organisatoriska utveckling samt betydelsen av övergången från pappersjournal till elektronisk journal. Den historiska redogörelsen baseras på källor om utvecklingen i USA och går inte in på några närmare detaljer om hur journalens materiella utformning påverkats. Winman disputerade även på en avhandling om digitala patientjournaler vilken i ett avsnitt översiktligt behandlar patientjournalens historiska utveckling utifrån dess relation till den digitala journalen.¹² I Carina Beckermans studie, ”Historien om en datajournal: en narrativ studie av ett IT-projekt”, undersöks i ett urval intervjuer av olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården hur de upplever implementeringen av datajournalen.¹³ Beckermans frågor om implementeringen av nya tekniker relaterar till föreliggande arbete men är samtidsorienterade.

Sammanfattningsvis har relativt få studier gjorts om patientdokumentationens utveckling i Sverige under perioden 1900–1986, varav ingen med ett kombinerat idé- och mediehistoriskt perspektiv. Min analys av forskningsläget överensstämmer med hur

⁹ Rikard Friberg von Sydow, ”Medical records: the different data carriers used in Sweden from the end of the 19th century until today and their impact on confidentiality, integrity and availability”, i Patricia Jonason & Anna Rosengren (red.) *The right of access to information and the right to privacy: a democratic balancing act*, (Huddinge: Södertörns högskola, 2017) 41-60 samt Rikard Friberg von Sydow, ”Patientjournalen mellan integritet och datorisering: en undersökning av SOU 1984:73” i *Arkiv, samhälle och forskning*, nr. 1, (Föreningen för arkiv och informationsförvaltning: 2017) 6–26.

¹⁰ SOU 1984:73, Journalutredningen, *Patientjournalen: huvudbetänkande*, (Stockholm: Liber/Allmänna förlaget, 1984).

¹¹ Thomas Winman, ”Från personlig anteckning till elektronisk patientjournal” i Göran Larsson (red.) *Organisation, teknik och lärande* (Stockholm: Carlsson bokförlag, 2009). 187–202.

¹² Thomas Winman, *Transforming information into practical actions: a study of professional knowledge in the use of electronic patient records*, (Trollhättan: Högskolan Väst, 2012).

¹³ Carina Beckerman, ”Historien om en datajournal: en narrativ studie av ett IT-projekt”, (Stockholm: SSE/EFI Working paper series in business administration, 2005), 1-41.

idéhistorikern Solveig Jülich identifierat att de flesta studier om medier och medicin är samtidsorienterade.¹⁴ Jülich är en av de mest profilerade inom området och har bidragit med flertalet historiska studier i gränslandet medier och medicin, ofta med fokus på användningen av visuella medier inom medicin.¹⁵

Om vi blickar ut över Sveriges gränser kan framförallt vetenskapshistorikerna Volker Hess och J. Andrew Mendelsohns arbeten om papperstekniker lyftas fram, däribland ”Case and series: medical knowledge and paper technology, 1600–1900”. Denna artikel visar hur pappersteknikernas utveckling mellan 1600 och 1900 förändrar ansamlandet och strukturerandet av patientinformation. Användandet av specifika tabeller och blanketter gjorde att ansamlingen av patienthistorier, som för perioden var den primära källan till medicinskt vetande, föregicks av en materiell formatering. De förändrade praktikerna för organiserandet av patientinformation påverkade på så sätt det medicinska vetandet, och kan kopplas till en bredare informationshistoria av att ordna på och genom papper. Att se hur skrifttekniska framsteg hänger samman med kunskaps-cirkulationen i stort är ett perspektiv som föreliggande undersökning ansluter till. Den kontext Hess och Mendelsohn analyserar skiljer sig dock från denna uppsats.

Den historiska kontext som är av vikt för undersökningen gäller svensk historia om 1900-talets ”folkhem”. Fram till 1960-talet fanns det framförallt en dominerande berättelse om den svenska moderniteten som samlas under rubriker som ”Från Fattigsverige till välfärdsstaten” eller ”Från klassamhälle till välfärdsstat”.¹⁶ Flera forskare har beskrivit den svenska nationella stoltheten och identiteten sedan efterkrigstiden som uppbyggd utifrån välfärdsstaten. I denna historieskrivning har modern använts i betydelsen upplyst, effektiv, demokratisk och rationell. Motsatsorden till dessa har förknippats med det gamla, bakåtsträvande Sverige som står i motsättning till utvecklingen och moderniteten. Nutida erfarenheter har gjort föreställningen om framstegslandet och moderniteten mer tvivelaktig, och under de senaste årtiondena har framstegsberättelserna ifrågasatts. Miljöförstöring från industrierna, fortsatt stora klyftor mellan fattiga och rika samt förlusten av mening till följd av en vetenskapliggjord världsbild och sekularisering är exempel på erfarenheter som givit upphov till kritik av framstegsberättelserna om samhällsutvecklingen. Kritiska tolkningar har

¹⁴ Solveig Jülich, ”Transdisciplinära varianter och strategier: mediehistoria möter medicinshistoria” i Marie Cronqvist, Patrik Lundell & Pelle Snickars (red.) *Återkopplingar* (Lund: Mediehistoriskt arkiv, 2014). 36-38.

¹⁵ Solveig Jülich, ”Lennart Nilsson's fish-eyes: a photographic and cultural history of views from below”, *Konsthistorisk Tidskrift.*, 84:2, 75-92, 2015 samt Solveig Jülich, *Skuggor av sanning: tidig svensk radiologi och visuell kultur.*, (Linköping: Linköpings Universitet, 2002).

¹⁶ Martin Wiklund, *I det modernas landskap*, (Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion, 2006), 11.

kontrasterat historieskrivningen av Sverige som ”mönsterland” mot den av Sverige som ”monsterland”.¹⁷ De kritiska berättelserna målar upp bilden av Sverige som ett extremt rationalistiskt samhälle uppbyggt av en social ingenjörskonst som inordnar avvikare och kränker individens självbestämmande. Inom medicinhistoria finns det gott om forskning om kopplingen mellan folkhemmet och tvångssteriliseringar samt annan tvångsvård av vissa samhällsgrupper.¹⁸ Historikern Jenny Björkman använder i *Vård för samhällets bästa: debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970* en bredd av material, bland annat patientjournaler, för att visa på hur tvångsvård legitimerats från år 1870 och ett sekel framåt. Boken behandlar inte bara vilka statliga ingrepp i människors liv som accepterats, utan också synen på sjukdom och den människosyn som varit rådande före, under och delvis efter det som ofta har kallats för ”folkhemseran”.¹⁹

Ett övergripande ändamål med min studie är att komplettera dessa medicinhistoriska ”folkhemskritiska” undersökningar genom att visa på hur ett område av medicinhistorien – patientjournalen – förblev relativt oreglerad och orörd av den moderna byråkratiseringen trots att den diskuterades flitigt från myndighetshåll under stora delar av perioden.

Idéhistorikern Henrik Björck utgår i *Folkhemsbyggare* från språkets betydelse i byggandet av folkhemmet och analyserar det tidiga bruket av folkhemmets viktigaste ledord, däribland *rationalisering*.²⁰ Rationaliseringsrörelsen hade nationell spridning och stod som svar på många av problemen som uttrycktes i början av 1900-talet. Björck beskriver hur omstridd rörelsen faktiskt var och förklarar hur det berodde på huruvida man var dess subjekt eller objekt – det vill säga, om man bedömde rationaliseringen utifrån målsättningen eller konsekvenserna. Dessa stridigheter illustrerar Björck med företagens vilja till produktionsökning och effektivisering kontra fackföreningsrörelsen som slogs mot arbetslöshet och sänkta löner.²¹ Min undersökning visar att Björcks resultat också är gällande för sjukvården, ett område som vanligtvis brukar tillskrivas en hög grad av rationalisering och byråkratisering.

¹⁷ Conny Mithander ”Från mönsterland till monsterland: folkhemiska berättelser”, Åke Bergvall, Yvonne Leffler & Conny Mithander (red) *Berättelse i förvandling: berättande i ett intermedialt och tvärvetenskapligt perspektiv*. (Karlstad: Institutionen för kultur och kommunikation, 2000) 53-85.

¹⁸ Exempelvis Gunnar Broberg & Mattias Tydén, *Oönskade i folkhemmet: rashygien och sterilisering i Sverige*, (Stockholm: Gidlund, 1991), Maria Björkman, *Den anfrätta stammen: Nils von Hofsten, eugeniken och steriliseringarna 1909-1963*. (Linköping: Linköpings universitet, 2011).

¹⁹ Jenny Björkman, *Vård för samhällets bästa: debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970* (Stockholm: Carlssons, 2001).

²⁰ Henrik Björck, *Folkhemsbyggare*, (Stockholm: Atlantis, 2008).

²¹ *Ibid.* 128-129.

Inom bland annat byråkrati- och vetenskapshistoria har betydelsen av de ”små teknikerna för vetande” uppmärksammats.²² I *Pappersarbete* visar mediehistorikern Charlie Järpvall hur rationaliseringen inlemmades och bereddes plats i det vardagliga språkbruket ute i kontorsarbetet.²³ I denna uppsats illustrerar jag hur rationaliseringen och dess underbegrepp (som effektivisering, standardisering, vetenskaplig planläggning och systematisering) även bereddes plats inom sjukvården. Järpvall länkar samman standardiseringen av pappersformatet med en vidare samhällelig kontext: de i kvantitet och komplexitet växande administrationerna både inom stat och näringsliv som gjorde att användningen av papper ökade exponentiellt. Detta ledde till behov av förändring och i förlängningen standardisering. I Järpvalls studie är huvudfokus kontoret, som den institution som skulle producera, koordinera och överföra den ständigt ökande informationsmängden. Jag vill istället undersöka hur hälso- och sjukvården bemötte liknande utmaningar och hur de administrativa strukturerna inom institutionen växte fram, i relation till de utmaningar som var specifika för hälso- och sjukvården jämfört kontoret.

Idéhistoriska studier med patientjournaler som källmaterial finns det många exempel på.²⁴ Istället för att använda journalerna på ett sådant sätt inriktar sig studien på att specifikt utforska patientjournalens funktion samt hur den påverkas av moderniteten och framväxten av det svenska välfärdssamhället. Genom att se till förändringarna hos skriftteknikerna kan vi öppna upp för kunskap om den svenska vårdens historia från ett idé- och mediehistoriskt perspektiv.

Teoretiska perspektiv, metod och material

Sedan ett par årtionden tillbaka har de medier och materiella praktiker som skapar förutsättningarna för olika former av kunskap, såväl inom olika vetenskapsområden som populärkultur, givits större plats inom olika humanistiska discipliner. Om det har man talat om som en ”materiell vändning”.²⁵ Uppsatsens teoretiska perspektiv ansluter till den materiella vändningen, då jag vill förstå funktionen av den materiella kulturen för informationsförmedling och kunskaps-cirkulation gällande patientvården inom den svenska

²² Peter Becker & William Clark (red.) *Little tools of knowledge: historical essays on academic and bureaucratic practices*, (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2001).

²³ Charlie Järpvall, *Pappersarbete: formandet av och föreställningar om kontorspapper som medium*, (Lund: Lunds universitet, 2016).

²⁴ Exempelvis Karin Johannisson, *Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar*, (Stockholm: Norstedts, 2004).

²⁵ Matts Lindström, *Drömmar om det minsta: mikrofilm, överflöd och brist. 1900–1970*, (Halmstad: Mediehistoriskt arkiv, 2017), 22.

hälso- och sjukvården. I uppsatsen används perspektivet för att analysera hur inskriptionstekniker, i föreliggande studie synonymt med begreppet skrifttekniker, organiserar patientinformation. Det görs med avseende för hur de skiftande centrala skrivtekniska lösningarna påverkar och samspelar med de människor som berörs av kunscaps-cirkulationen.

Patientdokumentation har framförallt skett genom olika former av ”dokument”. Dessa har sociologen Bruno Latour kallat för ”etnologins mest hatade objekt”.²⁶ Vetenskapshistorikerna Peter Becker och William Clark har istället kallat dessa ”hatade objekt” för ”vetandets små verktyg”, vilket avser dokumentens funktion som tekniker för att samla och lagra information.²⁷ På så vis bidrar de vardagliga dokumenten till produktionen av både auktoritet (makt) och objektivitet (”sanning”).²⁸

Dokumentet är alltså involverade i både skapandet och förmedlandet av kunskap och ger också underlag för handling. Centralt i min studie är att visa på samspelet mellan idéer och materiella förutsättningar. Utmärkande för både byråkratins och vetenskapens strävan efter objektivitet var att i största möjliga mån frikoppla den mänskliga kroppen och skrivandet från ansamlingen och reproduktionen av information.²⁹

Ny kunskap om skrivandet som en kroppslig aktivitet har producerats genom studier med fokus på kolonial maktutövning och skriftteknikernas användning och formande i dess kulturella, sociala och ekonomiska miljöer.³⁰ Genom denna slags studier kan fysiska, sociala och rumsliga aspekter av textproduktion synliggöras. Att undersöka just skrifttekniker inom hälso- och sjukvården är relevant eftersom användningen reglerar hur mycket, hur snabbt och med vilken kvalitet data har kunnat lagras och vidarebefordrats. Genom att studera skriftteknikernas historia kan nya sätt att tolka historiska fenomen som exempelvis arbete, makt och byråkrati öppnas upp.³¹

En begreppsmässig utgångspunkt i uppsatsen, som också samspelar med den rationaliseringsprocess som beskrevs i forskningsläget, är just *byråkratisering*. Skriftteknikerna kan också antas ha haft en central roll i formandet av den byråkratiska

²⁶ Bruno Latour, ”Visualization and cognition: thinking with eyes and hand”, Henrika Kuklick & Elisabeth Long (red.) *Knowledge and society: studies in the sociology of culture past and present*, (Greenwich: Jai Press, 1986), 28.

²⁷ Becker & Clark, 1.

²⁸ Lindström, 212.

²⁹ Becker & Clark, 21.

³⁰ Exempelvis Patrick Joyce, *The state of freedom: a social history of the British state since 1800*, (New York: Cambridge University Press, 2013), särskilt kapitlet ”Filing the Raj: political technologies of the imperial state”, 145-184, samt Arnold P. Kaminsky, *The India Office: 1880-1910* (Westport: Greenwood press, 1986).

³¹ Exempelvis Thomas Götselius, ”Skriftens rike: Haquin Spegel i arkivet”, Solveig Jülich, Patrik Lundell & Pelle Snickars (red.) *Mediernas kulturhistoria* (Stockholm: Kungliga biblioteket, 2008).

organisationen eftersom dessa tillåter kommunikation över avstånd, att samla information i mappar och en ”av-individualisering” av interaktion.³² I en byråkrati är alltså funktionen av skriften komplex och kan inte reduceras till enbart innehållet. Det är svårt att bortse från byråkratiska skrifttekniker för att förstå naturen hos den moderna staten, och i förlängning innefattas även den moderna svenska hälso- och sjukvården. Tidigare forskning om just skriftens betydelse inom byråkratier riktar ofta in sig på vad som beskrivs som dess avhumaniserande och objektifierande funktioner.³³ Föreliggande arbete vill istället förstå hur och med vilka konsekvenser användning av en viss typ av skriftteknik förändrat maktförhållanden inom en byråkrati.

Enligt historikern Patrick Joyce är det samlade dokumentet den centrala enheten varigenom myndighetens information och vetande om individen lagras och används för handling (myndighetsutövning).³⁴ I centrum står den faktiska rumsliga organisationen av dokumenten emellan och den materiella hanteringen som sker när akten skapades, om papper och pennor och skrivmaskin som används för skrivandet. Arbetet utförs av olika yrkeskategorier som använder olika medietekniker. Informationskategorier i allmänhet och patientjournalen i synnerhet är tätt sammankopplad med både handling och arbete.

Ett illustrativt exempel som handlar om just hälso- och sjukvårdens kunskaps-cirkulation är ett av WHO:s klassificeringssystem för sjukdomar (ICD) som listade exakt 200 olika sjukdomar. Givetvis fanns det vid tidpunkten inte endast 200 sjukdomar, utan blanketten hade utformats så att det enbart fanns utrymme för att lista detta antalet sjukdomar.³⁵ Patientjournalen kan ses som ett exempel på vad Latour, inom fältet vetenskapsstudier, benämnt som en ”svart låda”. Den svarta lådan handlar om hur man ramar in, utnyttjar och omdirigerar de olika organen för personer och saker för att ge dem ny form och därigenom ny handlingsförmåga i världen.³⁶ På så vis finns det inget självklart i hur dokument samlas och blir till kunskap. Därav är det också viktigt att undersöka hur de tilldelas sin funktion. Dokument kan anses tillhöra den kategori tekniker som blivit en självklar del av vardagen. Genom att de fungerar så som vi vant oss vid blir dokumenten även lite extra osynliga. I analogi med detta reflekterar sällan brukarna av dokumenten över deras betydelse – patientjournalen som teknisk lösning bara existerar. En metod för att få syn på det ”osynliga”

³² Akhil Gupta, *Red tape: bureaucracy, structural violence, and poverty in India*, (Durham: Duke University Press, 2012).

³³ Gitelman, 31.

³⁴ Joyce, 146.

³⁵ Järpvall, 184.

³⁶ Joyce, 162.

är att studera den svarta lådan innan den stängts igen, alternativt när den ”ställer till med besvär”. Ett exempel på en studie som använt sig av detta perspektiv är medie- och kommunikationsvetaren Johan Jarlbrinks undersökning av bandspelaren som ny teknik inom journalistiken.³⁷ Jarlbrink beskriver de förhandlingar som pågår om hur den ”nya” tekniken bandspelaren ska användas och förstås. I studien visar Jarlbrink hur användarna, i detta fall journalisterna, instruerades i hur tekniken skulle användas och tillverkarna och distributörerna försökte upphöja bandspelarens funktioner. Empirin som används i Jarlbrinks studie relaterar till användarnas och tillverkarnas mottagande av hur olika inskriptionstekniker påverkat dokumentationen. Metodvalet är också något som föreliggande studie inspirerats av.

Det materiella är metodologiskt möjligt att undersöka genom historiska texter. Genom att analysera texter om journaler som är skrivna av aktörer som varit aktiva inom hälso- och sjukvården, kan vi få kännedom om hur de olika skriftteknikerna diskuterades i relation till patientdokumentationen från ett idé- och mediehistoriskt perspektiv. Eftersom jag vill ta reda på hur kontexten påverkade patientdokumentationen har jag valt att analysera samspelet mellan skrifttekniker och de administrativa regelverk som formade patientjournalen. Det valda undersökningsmaterialet har således en sak gemensamt; det har en tydlig koppling till de som arbetade med patientinformationen, antingen som ”användare” eller ”tillverkare”. Det innefattar handböcker utgivna av staten för sjukhusens anställda, forskningsrapporter, statliga offentliga utredningar, lagstiftning samt föreskrifter från centrala myndigheter, facktidningar, dagspress och en transkriberad intervju. Jag har däremot inte studerat några specifika artefaktens materialitet.

Undersökningen grundar sig på premisen att många faktorer förutom inskriptionsteknikerna ledde till förändringen av patientdokumentation. Meningen är inte att ge en heltäckande förklaring av patientdokumentationens historiska utveckling utan istället att studera hur de olika skriftteknikerna och samhällsliga förändringar föranledde diskussioner och idéer om patientjournalens funktion.

Sammanfattningsvis medför mitt teoretiska perspektiv att jag utgår från de olika skriftteknikernas funktion i den medicinska patientinformationen kunskaps-cirkulation och inte vilket specifikt innehåll som kommuniceras. Perspektivet är materiellt på så vis att uppsatsen undersöker kommunikationens förutsättningar genom mediernas former. Jag vill visa hur de idé- och mediehistoriska villkoren för skapandet av patientinformation samspelet

³⁷ Johan Jarlbrink, ”Objektiv journalistik i bandspelarens tidevarv” i Marie Cronqvist, Johan Jarlbrink & Patrik Lundell (red.) *Mediehistoriska vändningar*, (Lund: Mediehistoriskt arkiv, 2014), 43-66.

med hälso- och sjukvårdens förändring. Det innebär ett fokus på diskussioner om och beskrivningar av dokumenten, för att studera den funktion de hade i uppkomsten av den moderna och byråkratiserade hälso- och sjukvården.

Disposition

Följande avsnitt, ”Läkarens enskilda minnesbok: den decentraliserade vården och handskriften”, undersöker vilken funktion patientinformation hade i början av 1900-talet och kopplar samman denna med ett större idé- och medie-medicinhistoriskt perspektiv. Avsnittet undersöker vad patientinformation bestod av och vad den förväntades förmedla, under den period som kännetecknas av att handskriften är den centrala skrifttekniken. Avsnitt två, ”Kontoret gör entré på sjukhuset: läkarsekreteraren och den rationella maskinskriften”, undersöker patientinformationens funktion i relation till rationaliseringen och byråkratiseringen av vården. Detta görs med i ett avsnitt med utgångspunkt i hur läkarsekreterarna och maskinskriften får en allt mer betydande funktion inom hälso- och sjukvården. Avsnitt tre, ”Patienten och datamaskinen” undersöker hur datorns intåg som skriftteknik för patientinformation påverkade sjukvården. Avsnittet undersöker även hur detta relaterar till den för patientinformationen mycket viktiga patientjournalen som började gälla år 1986. Avsnitt fyra ger en slutlig diskussion över resultaten och sammanfattar undersökningen.

Läkarens enskilda minnesbok: den decentraliserade vården och handskriften

Åtskillnaden mellan sjukhusets bokföring och läkarens enskilda minnesbok

Under 1800-talet fördes journaler och dagliga anteckningar över patienter till största delen i inbundna eller häftade volymer i inskrivningsordning.³⁸ De skrevs i allmänhet in på blanka ark som sedan bands i bokband. Under slutet av seklet utvecklades en ny teknik som medförde att journalanteckningarna fördes i ett lösbladssystem. På så sätt samlades handlingar för en patient på ett ställe inom samma klinik.³⁹ Läkaren skrev själv anteckningarna för hand.

Åren 1877–1967 var det den centrala sjukvårdsmyndigheten Medicinalstyrelsen som

³⁸ Nilsson, 99.

³⁹ Ibid, 74.

hade uppgiften att stå för en central kvalitetskontroll och tillsyn.⁴⁰ Genom Kungl. Maj:ts kungörelse år 1864 blev landstingen huvudmän för lasaretten.⁴¹ Vid denna tidpunkt var lasaretten 49 till antalet.⁴² Genom kungörelsen föreskrevs att varje lasarett skulle ta hand om sin egen förvaltning, landsting och stadsfullmäktige bar ansvar för landets lasarett förutom gällande ”övervakning” och själva inrättandet. Sjukvården var, trots Medicinalstyrelsens roll som central sjukvårdsmyndighet, utspridd och decentraliserad.

Redan i april år 1863 utkom ett centralt standardformulär för medicinsk dokumentation från Medicinalstyrelsen. Det var ett slags rutsystem med åtta förbestämda poster för läkaren att för hand fylla i, vilka gällde: nummer, inskrivningsdag, namn, yrke, ålder, hemvist m.m., sjukdom, mot avgift eller utan avgift, utskrivningsdag och ”anmärkningar”.⁴³

De specifikt medicinska uppgifterna i formuläret fick inte någon vidare större plats utan samsades under rubrikerna ”sjukdom” och ”anmärkningar”. En viktig detalj var också ”nummer” som stod för det inskrivningsnummer patienten tilldelades. Detta var en praktik som kvarstod under lång tid.

Mendelsohn och Hess har, i tidigare nämnda artikel från år 2010, beskrivit hur den medicinska dokumentationen härstammar från tidigmodern statlig administration och revision. Den mest grundläggande formen innebar att hålla en lista eller ett register; vanligen sida upp och ner i en bok. Från denna form härstammar också ordet ”bokföring”.⁴⁴ Traditionen kan enligt Mendelsohn och Hess spåras till åtminstone år 1688 då man i Preussen började att föra anteckningar över dop, giftermål och dödsfall. Sidorna delades upp i kolumner vilket gjorde att flera typer av data kunde registreras samtidigt. År 1732 hade teknikerna förfinats ytterligare och administratörerna höll tabeller innehållandes 24 kolumner med data. Dessa summerades sedan till en ”Generaltabelle”, menad att visa ”hela statens tillstånd på ett enda ark papper”.⁴⁵

Verktygen och praktikerna användes enligt Mendelsohn och Hess även i en annan miljö som växte fram och blev allt mer administrativt krävande: sjukhuset. På samma sätt som staten hade registrerat invånares födsel och död började sjukhusen registrera när patienter ankom och lämnade sjukhuset. Detta innebar kolumner för namn, ålder, information om när

⁴⁰ SOU 1968:53, Arkiv inom hälso- och sjukvård: delbetänkande angivet av Landstingens arkivutredning, (Stockholm: Landstingens arkivutredning, 1968), 13.

⁴¹ Kungl. Maj:ts kungörelse nr. 77 den 21 oktober år 1864.

⁴² SOU 1968:53, 13.

⁴³ Cirkulär från Kungliga Sundhetskollegiet den 13 april 1863, ”Formulär för sjukjournal”.

Se bild av formuläret i uppsatsens appendix.

⁴⁴ Hess & Mendelsohn, 291.

⁴⁵ Ibid.

de skrevs in och ut på sjukhusen och ofta även annan information, som yrke. I dessa register, ofta benämnda ”liggare”, fick varje patient en post. Daglig information om patienter tillkom först senare och sådan information behövde inte nödvändigtvis heller innehålla medicinska observationer.

Den administrativa uppdelningen som föreskrivs i formuläret från år 1863 innehåller i princip samma kolumner som de Mendelsohn och Hess funnit i deras källmaterial. Den medicinska patientdokumentationens funktion i Sverige under 1800-talet kan tolkas utifrån detta: det rörde sig om bokföring och inte om att ”lösa fallet”.

Under början av 1900-talet blev Sverige rikare och lasaretten fler till antalet. Den organisatoriska utvecklingen medförde att lasaretten innefattade fler patienter över större avstånd. Därav ställdes också högre krav på administrationen. Först år 1923 kom den första *medicinalförfattningen*, vilken samlade allt som reglerade den svenska sjukvården samt kurorterna. Författningen fyllde därmed en liknande funktion som lasaretsstadgan från 1901 gjort.⁴⁶ Medicinalförfattningarna var dock långt mer omfattande och bestod av många hundratals sidor med instruktioner gällande hur vården bör skötas.⁴⁷ Om patientinformation fanns följande stycke:

Den journal över utövad sjukvård, som av provinsial- m.fl. läkare skall föras, bör innehålla uppgift om den sjukes yrke, ålder, kön, bostad, dagen för insjuknandet etiologiska och terapeutiska anteckningar, sjukdomens utgång, såvitt den är känd, samt i vanliga fall även den sjukes namn, som dock av grannlagenhetsskäl i vissa fall torde böra uteslutas. Denna journal är dock icke arkivhandling utan läkarens enskilda minnesbok, varur han endast har sig ålagt att, till efterträdarens ledning vid uppgörande av årsberättelse, lämna utdrag för den tid, för vilken sådan berättelse ännu icke blivit uppsatt.⁴⁸

Jämfört med tidigare centrala föreskrifter har ett stort antal poster tillkommit. Författningen föreskriver fortfarande att läkare skulle föra en journal om den vård som hade utövats och journalen *bör* även innehålla uppgifter om den sjukes identitet. Journalen anses inte heller vara någon arkivhandling utan är istället läkarens enskilda minnesbok. Den nya

⁴⁶ Svensk författnings-samling nr. 83, Kongl. Maj:ts nådiga lasaretsstadga gifven Stockholms slott den 18 oktober 1901. ”kap. 1. Allmänna bestämmelser. § 1. 11. Att, i överensstämmelse med af direktionen fastställt formulär, föra diarium, innehållande för hvarje dag på inkomna, utskriftna och aflidna sjuke samt åt de sjuke och betjeningen dagligen utspisade matportioner, äfvensom, i överensstämmelse med af Medicinalstyrelsen fastälda formulär, sjukjournal, operationsjournal och obduktionsjournal. Samtliga dessa handlingar skola å läkarens expeditionsrum förvaras.”

⁴⁷ Kongl. Maj:t meddelande den 30 december år 1922.

⁴⁸ Stenbeck & Bissmark, *Medicinalförfattningar*, 87.

medicinalförfattningen som kom år 1930 innehöll exakt samma instruktion som den från 1923. Journalförandet fortsatte att vara läkarens enskilda minnesbok.⁴⁹ Framförallt är journalanteckningarna läkarnas enskilda egendom och deras egna intellektuella produkt. Uppenbarligen används inte patientjournalen som ett medium sjukhusets anställda emellan – utan som en minnesbok. Därför skrevs de ofta enligt läkarens eller lasarettets egna struktur.

Föregångaren till läkarsekreteraren, Sveriges första sjukhusstenograf Carola Nyrén, anställdes år 1922 i Umeå av dr Gösta Bohmansson.⁵⁰ De flesta i denna första generation avlönades med läkarnas privata medel och följde med sin arbetsgivare vid byte av arbetsplats. Läkarsekreteraren ansågs alltså höra ihop med läkaren, som därför tog med sig sina ”skrivverktyg” och sina enskilda anteckningar om patienterna till nästa arbetsplats.

Sammanfattningsvis handlade medicinsk dokumentation vid denna tidpunkt om framförallt två olika saker. Det som krävdes av den centrala myndigheten Medicinalstyrelsen var att läkarna skulle hålla reda på de statistiska uppgifter som ansågs vara av värde för staten. Därav var det de administrativa uppgifter som kan relateras till en lång tradition av bokföring som var den huvudsakliga patientdokumentationen läkaren ålades från myndighetshåll. Det var dessa slags uppgifter som skulle sändas in till Medicinalstyrelsen av lasarettsläkarna i form av en årsberättelse. Den dagliga patientinformationens funktion berodde dock på den enskilde läkaren, och individen fick hantera detta som den ville. Det existerade visserligen ett samlingsorgan för sjukhusen men generellt var vården decentraliserad. Enskilda läkare kunde sköta sitt arbete och därigenom sin medicinska dokumentation som de själva önskade. Ett visst mått av standardisering kan dock denna period av läkarens handskrivna bokföring anses ha inneburit med tanke på Medicinalstyrelsens krav på årsberättelser. Att tala om en byråkratiserad vårdapparat är dock inte på fråga. Läkarna hade den slutgiltiga makten över hur och vad de skulle dokumentera om patienterna.

Sjukhusets dokumentationsgenrer

Medicinalstyrelsens kungörelse ersattes år 1901 av *Lasarettstadgan*.⁵¹ Stadgan föreskrev att läkarna på lasaretten skulle hålla följande: förslag till spisordning, ordningsregister, diarium av samma slag som sysslomannens, sjukjournal, operationsjournal, obduktionsjournal samt en

⁴⁹ Stenbeck & Bissmark, *Medicinalförfattningar*, 87.

⁵⁰ Bob Engelbertsson & Olle Westin, *TAM-Revy* nr 1, juni 2005, ”Läkarsekreteraryrket: historia, nutid och framtid”, 5–12.

⁵¹ Svensk författnings-samling nr. 83, Kongl. Maj:ts nådiga lasarettstadga gifven Stockholms slott den 18 oktober 1901.

årsberättelse till Medicinalstyrelsen.⁵² Detta var den samlade dokumentation över patienterna som föreskrevs, och visar vilka *genrer* av patientdokumentation som Medicinalstyrelsen ansåg att varje läkare borde ha fört. Med de olika ”-journalerna” menades föreskrivna formulär som skulle användas som förebild.⁵³

I *Paper knowledge* från år 2014 gör mediehistorikern Lisa Gitelman en distinktion mellan medium och genre. Dokumentet är enligt Gitelman en övergripande genre som innefattar en lång rad subgenrer (exempelvis kvittot, visitkortet, promemorian).⁵⁴ Medium kan enligt detta tankesätt tolkas som det bärande underlaget. Gitelmans distinktion går också att jämföra med Järpvalls analys av blanketten. Blanketten beskrivs som den basform som sedan tog sig uttryck i de olika genrerna av kontorsarbetarnas pappersmedier: brevet, fakturan, rapporten, registerkortet och så vidare.⁵⁵ Ur ett idé- och mediehistoriskt perspektiv är detta intressant eftersom det handlar om en slags metod för att hantera information.

Den medicinska patientdokumentationen hade uppenbarligen genomgått en viktig förändring: från att ha varit relativt uppdelad mellan vad som avkrävdes läkarna i bokföringssyfte jämfört med vad läkarna själva valde att bevara i deras egna anteckningar, hade en rad genrer standardiserats av Medicinalstyrelsen. Genrerna medförde centralstyrda normer över hur information skulle antecknas ute på lasaretten av läkarna, men inte någon lagstadgad skyldighet. Informationen som producerades om patienterna tillhörde fortfarande framförallt läkarna själva.

Under 1940- och 1950-talen började man med den tidigaste formen av journaldossiern. Dossierformen innebar att alla handlingar för en och samma patient sammanfördes på ett ställe inom samma klinik.⁵⁶ Denna praktik innebar att den tidigare genreuppdelningen mellan olika former av dokumentation luckrades upp. De allmänna regleringarna kring vad en journaldossier skulle vara och innehålla var dock fortfarande mycket otydliga. Därav varierade formen ofta från klinik till klinik.⁵⁷

Historikern Patrick Joyce har, i en bok från år 2013, beskrivit hur det administrativa systemet förändrades i 1800-talets brittiska Indien (också känt som ”the paper empire” tack

⁵² *Medicinalstyrelsens underdåniga utlåtande öfver särskilde komiterades förslag till lasaretsstadga, sjukstugestadga och reglemente för lasaretsläkarnes pensionskassa* (Stockholm: Medicinalstyrelsen, 1901). ”För läkaren: förslag till spisordning; ordningsregister; diarium av samma slag som sysslomannens (alltså liggare över inskrivna och avgångna sjuka men även innehållande uppgift om diagnos); sjukjournal, operations- journal, obduktionsjournal; årsberättelse till medicinalstyrelsen (avskrift i läkarens arkiv).”

⁵³ Hess & Mendelsohn, 291-296.

⁵⁴ Gitelman, 1-3.

⁵⁵ Järpvall, 169-170.

⁵⁶ SOU 1968:53, 27.

⁵⁷ Ibid.

vare den välutvecklade administrativa organisationen).⁵⁸ Övergången handlade om att istället för att använda sig av vikta papper börja samla dokumenten i dossierer. Dessa till synes små förändringar fick banbrytande konsekvenser. Ett helt blad papper blev tillgängligt för kommentarer och anteckningar. Innehållet i akterna blev mycket mer lättillgängligt och ”a vast and almost uncontrollable increase in the amount of writing in India ensued”.⁵⁹ Det kan därmed beskrivas som ett viktigt landmärke i denna mikrovärld av informationsteknik. Sjukvårdens övergång till samlade dossierer kan på samma sätt anses som ett landmärke.

Subjektiviteten börjar ifrågasättas

Medicinalstyrelsen utfärdade ännu en ny instruktion den 17 december år 1914. Enligt denna skulle läkare

tillhandagå domstolar och andra behöriga myndigheter med av dem begärda rättsmedicinska utlåtanden samt offentliga och kommunala myndigheter med de upplysningar och det biträda, som av dem äskades och lågo inom området för styrelsens verksamhet, ävensom i övrigt i den mån så lämpligen kunde ske lämna de upplysningar och meddelanden i därunder fallande spörsmål, som myndigheter i in- eller utlandet begärde.⁶⁰

Detta kan anses som en ökad form av ovanifrån påtvingad dokumentation där läkaren skulle bistå andra myndigheter med diverse handlingar. År 1937 kom sekretesslagen vilken inskränkte rätten utifrån tryckfrihetsförordningens paragraf om att lämna ut allmänna handlingar. Detta gällde specifikt också i utlämnandet av patientjournaler.⁶¹ I fortsättningen var därmed patientjournalerna offentliga i betydelsen att de skulle tillhöra lasarettet och inte läkarna själva. Samtidigt ansågs de som dokument av särskild betydelse och reglerades specifikt i tillägget till offentlighetsprincipen.⁶² Hälso- och sjukvården genomgick vid tidpunkten stora organisatoriska förändringar. Den blev allt mer centraliserad, och patientdokumentationen tillhörde inte längre läkaren utan istället lasarettet. Först år 1963 föreskrev den allmänna läkarinstruktionen att även de privatpraktiserande läkarna skulle föra

⁵⁸ Joyce, 145-184.

⁵⁹ Ibid., 175.

⁶⁰ Kock, 62.

⁶¹ Utifrån regeringens proposition 1979/80:36 ”Om ändring i lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utkomma allmänna handlingar” där den tidigare lydelsen även finns med.

⁶² *Sekretesslagen* 1937:249. Relevant är även *Tryckfrihetsförordningen* 1949 2 kap 2 §, ”Läkare i statlig eller kommunal tjänst är myndighet. Privatpraktiserande läkare är myndighet endast i samband med fullgörandet av statligt eller kommunalt uppdrag.”

journal enligt Medicinalstyrelsens föreskrifter.⁶³

I och med att hälso- och sjukvården började organiseras och centraliseras i ökande takt och samtidigt blev allt mer vetenskapligt grundad förändrades funktionen av patientdokumentationen. Den var inte bara läkarens egna handskrivna anteckningar alternativt bokföring för administrativa ändamål. Patientdokumentationen utvecklades till en tjock dossier bestående av diverse material. I och med nya tekniska hjälpmedel som röntgenbilder, EKG och EEG började få en allt större plats inom vården och infogades i journaldossierna fick den medicinska patientinformationen ökad betydelse.⁶⁴ Utvidgningen och moderniseringen av hälso- och sjukvården ledde till att lasaretten specialiserades och en patient kunde behandlas på olika avdelningar. Flera nya yrkeskategorier tillkom också i sjukhusens vardag under denna period utifrån de nya tekniska verktygen, exempelvis radiologerna och sjukhusfysikerna.

Utvecklingen kan relateras till idéhistorikern Solveig Jülichs undersökning från 2002, som handlar om introduktionen och mottagandet av röntgenbilder i Sverige i början av 1900-talet. Innan röntgen (vilket också är en form av inskriptionsteknik – om än inte textbaserad) och andra moderna teknologier gjorde sitt inträde inom medicinen hade den diagnostiska bedömningen av läkarna länge gjorts på grundval av patientens egen subjektiva berättelse som kombinerats med läkarens utvecklade förmåga att tolka genom sina sinnen och tidigare erfarenhet.⁶⁵ I och med en ökad användning av teknik, förflyttades auktoriteten från patientens ord kring sina egna symptom, till läkarens tolkning av teknologisk information.⁶⁶ Färdigheter som att lyssna och känna in patientens kropp blev mindre viktiga när förmågan att tolka ny teknisk information tog allt större plats. Detta förknippades även med läkaryrkets professionella status. År av träning för att kunna lyssna av och känna igen sjukdomssymptom var det som sedan tidigare skilde läkaren från amatören. Införandet av nya tekniska hjälpmedel skedde därför inte utan kritik från läkarkårens sida.⁶⁷

Många läkare vände sig emot rationaliseringsprocessen eftersom de var rädda för att de nya tekniska hjälpmedlen skulle förvandla läkaryrket från ”konst” till ”vetenskap”. Men att

⁶³ *Svensk författningssamling* 1963:341, ”varje läkare, vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar läkaryrket, i sin verksamhet i öppen vård skall föra journal i den omfattning och på det sätt medicinalstyrelsen föreskriver.”

⁶⁴ EEG, elektroencefalografi, är en metod för att mäta hjärnans elektriska aktivitet. EKG, elektrokardiogram, är en metod för att mäta hjärtats elektriska aktivitet.

⁶⁵ Johannisson, *Tecknen*.

⁶⁶ Jülich, *Skuggor av sanning*, 16.

⁶⁷ Hughes Evans, “Losing touch: the controversy over the introduction of blood pressure instruments into medicine” *Technology and Culture*, nr. 34 (1993), 784-807.

vetenskapliggöra ”läkekonsten” var dock precis vad förespråkarna för rationaliseringen ville. Varje läkare hade skapat sin egen bild av vad exempelvis högt eller lågt blodtryck var, och de nya instrumenten kunde istället erbjuda en objektivitet som kunde läsas av alla.⁶⁸

Rationaliseringen kunde skapa en översättning av förhållandet i patientens kropp, i form av bestående dokument som kunde undersökas av flera personer samtidigt.

Genom att standardisera ändras de inbördes positionerna mellan aktörerna. Övergången från läkarens auktoritet gällande bestämmandet av patientjournalens funktion handlade delvis om hur positioneringen förflyttades. I och med att en utomstående ingenjör eller vetenskapsman började blandas in i förhandlingarna förflyttades också, sakta och motsträvigt, patientdokumentationen från läkarens subjektiva handskrift till det ”objektiva” vetenskapliga systemet och ingenjören.

Kontoret gör entré på sjukhuset: läkarsekreteraren och den rationella maskinskriften

Rationalisera eller drunkna i informationsfloden?

Idéer om livets effektivisering spred sig från fabrikerna till andra delar av samhället, något som kan benämnas ”rationaliseringsrörelsen”.⁶⁹ Första hälften av 1900-talet präglades som bekant av världskrig och ekonomiska kriser. Inom den svenska hälso- och sjukvården inrättades det första officiella rådet för rationalisering år 1938 i samband med den oroliga situationen i Tyskland. Detta råd skulle framförallt se till att Sveriges förråd av sjukvårdsmaterial inte gapade tomma om situationen i Europa förvärrades.⁷⁰

År 1951 beskrev ett statligt betänkande om sjukvården hur det inom både förvaltning och affärsliv strävades efter rationalisering och behov av bättre statistik. Detta hade i sin tur föranlett ökade anspråk på kontorsverksamheten. Det beskrevs även hur det tillkommit

ett flertal högklassiga kontorstekniska hjälpmedel, vilka, rätt utnyttjade, högst väsentligt underlätta tillgodoseendet av vissa krav på effektivisering och rationalisering av ifrågavarande verksamhet.⁷¹

⁶⁸ Evans, 784-807.

⁶⁹ Björck, 101.

⁷⁰ Kock, 83.

⁷¹ SOU 1951:53, *Betänkande: 7, Angående patient-, personal-, förråds- och medelsredovisningen vid lasarett, 7.*

Den kontorsteknologiska utvecklingen samt rationaliseringen kopplades i betänkandet samman med att sjukvården hade ett ”avsevärt” ökat behov av expeditioner och kontor. Angående journalföringen ansågs dock inget behov finnas av att förändra vad som då var praxis – vilket samtidigt konstaterades variera från klinik till klinik.⁷² Det är anmärkningsvärt att just dokumentationen vid denna tidpunkt inte ansågs behöva rationaliseras, trots att andra områden skulle genomgå processen. Journalföringen skulle fortfarande få variera från klinik till klinik, efter läkarnas önskemål.

Även ord som klingar av tayloristisk fabriksideologi, ”produktionsplanering och produktionskontroll” användes för att beskriva de krav på rationalisering som ställs.⁷³ För att ge patienterna ”männsliga chanser” skulle man tillgripa dessa tayloristiska medel, som vid en ”ytlig” betraktelse kunde tyckas vara omänskliga.⁷⁴

Under 60-talet behövde arkiven inom hälso- och sjukvård bemöta en snabbt ökande tillväxthastighet.⁷⁵ Ökningen berodde enligt en utredning från år 1968 framförallt på att journalernas samt röntgenarkivens omfattning under de föregående hade ökat exponentiellt.⁷⁶ Akademiska sjukhuset i Uppsala beräknade exempelvis att det skulle krävas dubbelt så mycket utrymme för årgångarna 1961–1971 som för samtliga journalhandlingar från lasarettets tillkomst år 1867 fram till och med år 1960.⁷⁷ Tillväxttakten förklarades också med att antalet vårdplatser under denna period hade ökat samtidigt som medelvårdtiden minskat.⁷⁸ Detta betydde att varje vårdplats utnyttjades av ett större antal patienter per år. Dock beskrevs ”den absolut viktigaste och mest avgörande faktorn för ökningen” vara att varje journalakt starkt ökat i omfång

Vid slutet av 1800-talet kunde alla anteckningar från ett sjukdomstillfälle inrymmas på en eller några få sidor. Den moderne läkaren måste redovisa mycket fler fakta än hans kollega ett halvsekel tidigare. Därtill kommer att han dikterar sina journaler och får de utskrivna av sekreterare. Vid detta muntliga förfarande frestas han till mångordighet. Hans kolleger i tidigare generationer däremot gav sig tid till väl avvägda och precisa formuleringar i en koncentrerad utformning.⁷⁹

⁷² SOU 1951:53, 33.

⁷³ Arne Karsberg, ”Datamaskinbaserad klinik: Premiär för Sverige” *Dagens Nyheter*, 28 juni år 1968. Taylorism anses ha utvecklats ifrån Frederick Winslow Taylors teorier i slutet av 1800-talet och handlar om hur man ska fokusera på specialisering och centralisering inom arbetsorganisationer. Taylorismen förknippas ofta med industriellt arbete.

⁷⁴ Arne Karsberg, ”Datamaskinbaserad klinik: Premiär för Sverige” *Dagens Nyheter*, 28 juni år 1968.

⁷⁵ SOU 1968:53, 27.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Ibid., 28.

⁷⁸ Ibid., 28.

⁷⁹ Ibid., 28.

Läkaren blev på grund av den medieteknologiska utvecklingen, som bland annat bestod av kombinationen diktering och läkarsekreterare, mångordigare. Han producerade mer information i mer utförliga journaler. Detta hade delvis även sin grund i en vetenskaplig utveckling, ”mycket fler fakta”, men kan också kopplas samman med en intressant dynamik. Genom att införa diktafonen som hjälpreda och verktyg för att kunna hantera informationsöverflödet producerades ändå *ännu mer* information.

Dynamiken berörs även i en artikel om botanikern Carl von Linné, publicerad av vetenskapshistorikerna Staffan Müller-Wille och Isabelle Charmantier år 2012. Müller-Wille och Charmantier beskriver i artikeln hur vetenskapshistoriker på senare år har börjat betona ”informationsöverflöd” som ett nyckelkoncept för att förstå dynamiken hos tidigmodern naturalhistoria.⁸⁰ Verktyg som Linné utvecklade för att hantera och minska informationsöverflödet, framförallt sexualsystemet, genererade en informationsexplosion som i sin tur var en förutsättning för utvecklingen av nästa taxonomiska system – det naturliga systemet.⁸¹

Vid tidpunkten för utredningen om sjukhusens arkivtillväxt hade journalen fortfarande ett högst varierande utseende. Detta gällde från kort i A5-format till dossierer av samma typ som klinikjournaler. I utredningen från år 1968, jämfört med den från 1951, erkändes dock rollen av den materiella formaterings påverkan av tillväxten hos sjukhusarkiven.⁸²

I fråga om journaler heter det helt kort i nu gällande sjukvårdsstadga (SFS 70/1963), att det åligger överläkare att tillse att av medicinalstyrelsen föreskrivna eller eljest erforderliga journaler, liggare m. m. vederbörligen föras. Några närmare föreskrifter angående journalernas utformning har icke utfärdats. Ej heller har några bestämmelser angående förvaringstiden för dessa meddelats.⁸³

Dock hade hanteringen av patientjournaler år 1963 fortfarande inte förändrats märkbart utifrån lagstiftningen. Det var fortfarande läkarens enskilda ansvar att medicinalstyrelsens föreskrifter följs.

⁸⁰ Staffan Müller-Wille & Isabelle Charmantier, “Natural history and information overload: The case of Linnaeus”, *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, Vol. 43, nr. 1, 2012, 4-15.

⁸¹ Isabelle Charmantier, “Notebooks, files and slips: Carl Linnaeus and his disciples at work”, Hanna Hodacs, Kenneth Nyberg & Stéphane Van Damme (red.), *Oxford university studies in the enlightenment*, nr. 1, 2018. 25-56.

⁸² SOU 1968:53, 28.

⁸³ Ibid. 38-40.

Även om det enligt lagen var läkarens enskilda ansvar att hantera journalerna så varnade utredningen för hur ökade krav på vårdadministrationen skulle innebära att man förr eller senare ”...råkar i en situation då patienterna så att säga hotas av drunkningsdöden i informationsfloden.”⁸⁴ Journalens funktion beskrevs i utredningen utförligt, som en ”ansenlig dossier som innehåller en lång rad olika dokument” och

...som förutom försättsblad med persondata och uppgift om diagnos innehåller anamnes (med uppgift om väsentliga hereditära och sociala data samt patientens tidigare sjukdomar), status (beskrivning av patientens tillstånd vid inskrivningen), daganteckningar om den fortlöpande behandlingen och sjukdomsbildens förändringar under vårdtillfället, laboratorieutlåtanden och specialistundersökningar av olika slag samt vid utskrivningen en epikris där alla för vårdtillfället relevanta fakta skall presenteras i kortfattad form. Dessutom kan anteckningar från återbesök och eftervård avsluta journalen.⁸⁵

Trots att journalen uppenbarligen hade förändrats till en ansenlig samling dokument med skilda funktioner, var det inte dessa som stod i fokus för hur informationsproblemet skulle hanteras. Själva journalens form problematiserades inte, trots att den uppenbarligen var en del av informationsöverflödet som skulle hanteras med hjälp av arkivutredningen.

Det går även att utläsa hur den ansenliga dossiern inte längre bara användes av läkaren utan istället av hela vårdapparaten. I och med att exempelvis ”laboratorieutlåtanden och specialistundersökningar” också ingick i den samlade informationen om varje patient hade journaldossiern blivit ett kommunikativt verktyg flera yrkesgrupper emellan. Fler var medskapare i produktionen av information. Den var också långt mer informationsrik än tidigare.

Under året 1968 höll förvaringen på att övergå från ordnandet efter inskrivningsnummer, en praktik som hade kvarstått sedan 1800-talet, till förvaring efter patientens födelsenummer.⁸⁶ Detta gjorde att flera journaler inte längre inrymdes i samma volym och krävde att varje journal skulle förses med ett eget omslag, hängmapp eller liknande. Denna förändring beskrevs som klart överlägsen det tidigare arbetssättet men också mer utrymmeskrävande.⁸⁷ Utvecklingen betydde alltså att de administrativa teknikerna förfinades. Reklam gjordes vid tidpunkten även för en ”kombinerad journal och rondvagn för

⁸⁴ Arne Karsberg, ”Datamaskinbaserad klinik: Premiär för Sverige” *Dagens Nyheter*, 28 juni år 1968.

⁸⁵ SOU 1968:53, 28.

⁸⁶ Det niosiffriga födelsenumret från år 1947 var föregångaren till det tiosiffriga *personnummer* vi använder idag.

⁸⁷ SOU 1968:53, 28.

vårdavdelningar”, eftersom man inte hade kommit fram till någon enhetlig och praktisk lösning på problemet. Detta är ett exempel på ett mer materiellt rationaliseringsprojekt

Patientjournalerna är mycket viktiga arbetspapper för såväl läkare som sjuksköterskor. Dessa handlingar skall finnas på vårdavdelningen så länge patienten är ineliggande. De medförs på ronderna bl.a. för komplettering med daganteckningar angående patientens tillstånd och behandling. Förvaringssättet av dessa dokument på avdelningarna skiftar inte bara mellan olika sjukhus utan ofta även från klinik till klinik. Man har ej kommit fram till någon enhetligt och praktisk lösning. Ofta insätts journalerna i en s.k. gaffelpärm, som avdelningssköterskan bär med sig vid ronderna. Detta hindrar emellertid hennes rörelsefrihet, när hon skall hjälpa läkare eller patient. Journalpappret rivs också lätt sönder vid gaffelhålen i pärmerna.⁸⁸

En av upplysningens berättelser är att förutsägbarhet och objektivitet följer på enhetlighet, och att detta är ett framsteg som kan uppnås genom rationalisering och kontroll.⁸⁹ En klassiskt webersk analys av en byråkrati skulle lyfta drag som standardisering, anonymitet, flyttbarhet och reproducerbarhet.⁹⁰ Genom att standardisera den information som byråkraten ska ansamla möjliggör formen att byråkraten erhåller alla nödvändiga data för att fatta beslut. På detta vis ramar formulär in och kategoriserar världen, i analogi med Latours ”svarta låda”. Från byråkratins synpunkt är en av fördelarna med formuläret att det lätt kan sammanställas, förvaras och organiseras. Den svenska hälso- och sjukvårdens patientinformation genomgick utifrån denna definition en form av byråkratisering. Antropologen Gupta accentuerar i en bok från år 2012 för hur viktigt det är att lägga märke till vilka tekniker som används för sökning och återfinnande av dessa byråkratiska dokument.⁹¹ Vad som finns i en mapp eller vad som saknas i den kan få mycket större konsekvenser än idéerna från personen som fattar beslutet. Därav är det också viktigt att tolka patientinformationens arkivaliska förändring.

Från läkarnas håll hävdades bland annat ”med hänvisning till flera kollegers erfarenheter” att journalstandarden egentligen hade försämrats under de senaste 50 åren.⁹² Detta är en uppfattning som vid tidpunkten, år 1974, även delades av bland annat professor Lars Erik Böttinger. Böttinger beskrev det som att journalutformningen och användningen karaktäriserats av passivitet: ”man har lagt blad till blad och följderna har blivit fler och fler ord, fler och fler papper – men den kritiske iakttagaren frågar sig om det finns mer

⁸⁸ Sten Bjugren, *Läkarsekreteraren*, ”Kombinerad journal- och rondvagn för vårdavdelningar” nr. 3 år 1970 årg.7, 38.

⁸⁹ Järpvall, 86.

⁹⁰ Gupta, 144.

⁹¹ *Ibid.*, 145.

⁹² Paul Hall, *Läkartidningen*, nr 15 år 1974. 138.

information”.⁹³ Artikeln ”Läkare dränks i papper” handlar om hur en allt för stor del av läkarens tid på arbetet gick åt rent administrativa uppgifter. Det beskrivs som att ”[j]ournaler skall föras, analysvärden skall beräknas – papper i oändligt antal skall fyllas i”.⁹⁴

Byråkratiseringen är uppenbart en process som uppmärksammas både av ”sjukhusens kontorister” och läkarna. Utifrån Björcks analys av rationaliseringsprocessens subjekt eller objekt, kan vi tänka oss att denna byråkratisering uppenbarligen drabbade både läkare och läkarsekreterare som rationaliseringsprocessens objekt. Processen bedöms efter konsekvenserna och inte målsättningen av de aktörer som dagligen arbetar med ”vardagstekniken”.

Standard i rationell maskinskrivning: läkarsekreterarens kontorsarbete

För att förstå patientdokumentationens funktion i relation till rationalisering och byråkratisering är tillkomsten av yrkesrollen läkarsekreterare central. I och med den ökade centraliseringen av hälso- och sjukvården ställdes högre krav på dokumentationen, vilket föregående avsnitt illustrerat. Detta ledde till att läkarsekreteraryrket förändrades.

Läkarsekreterarnas förening (LSF) grundades år 1951 och organiserade vid uppstarten 110 medlemmar.⁹⁵ Tio år senare hade medlemsantalet stigit till 700 läkarsekreterare runt om i landet. LSF startar sin egen tidning år 1964, *Läkarsekreteraren*.

De första läkarsekreterarnas uppdykande på sjukhusen markerade, med en sekreterares egna ord, ”att gränsen för den direkta sjukvården sprängdes”.⁹⁶ Läkarsekreterarrollen gjorde att kontorstänket kom in bland de sjuka och deras vårdare.⁹⁷

Ett återkommande inslag i *Läkarsekreteraren* var Karolinska sjukhusets organisationsavdelning som skrev om diverse kontorsrationalistiska teman. Exempelvis vidarebefordrades den nya svenska standarden i maskinskrivning, som Standardkommittén för kontorsteknik vid Sveriges standardiseringskommission (SIS) hade utarbetat. Det rationella sättet att skriva maskin på grundade sig, i sin tur, på den standard som hade fastställts inom blankettområdet under året 1965.⁹⁸ År 1966 var också rationalisering ett

⁹³ Birger Olofsson & Leif Norling, *Förvaltningsutredningen etapp 3: detaljutformning av administrativa stödfunktioner*, (Stockholm: Spri-Konsult, 1980).

⁹⁴ Ingen signatur. ”Datamaskin sätts in mot sjukvårdskrisen”, *Dagens Nyheter*, 28 september år 1965.

⁹⁵ Engbertsson & Westin, ”Läkarsekreteraryrket: historia, nutid och framtid”, 5–12.

⁹⁶ Gun Byqvist, ”Orkar vi följa med i utvecklingen?” *Läkarsekreteraren* nr 3 1970 årg. 7.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ingen signatur, ”Systematisk maskinskrivning *Läkarsekreteraren*”, nr 1. år 1967, 8, samt ”Systematisk maskinskrivning”, *Läkarsekreteraren*, nr. 2 1967, 19.

uttryck som läkarsekreterarna själva ”möter allt oftare”.⁹⁹

Skrivmaskinens intåg i samhället tog sin tid, men förändrade skrivandets villkor på flera vis. De förändrade villkoren kan kopplas till en form av mekanisering av arbetet, att kvinnor tog plats på kontor och att hastigheten i informationssystemet ökade.¹⁰⁰ En annan konsekvens av läkarsekreterarnas utbredning var att dokumentens innehåll, i form av läkarens professionella produktion respektive deras materiella reproduktion, separerades. Läkaren stod för det medicinska innehållet och läkarsekreteraren för dess realisering på papper. Genom maskinskriften ersattes handskriftens flödesteknik med standardiserade och exakt likadana skrifttecken. Det är inte konstigt att skrivmaskinen passade så pass väl ihop med den pågående rationaliseringsprocessen. I och med de tekniska standardiseringsmöjligheterna kunde också kontorsarbetet standardiseras. Det var alltså inte bara den individuella arbetaren som bestämde formen på dokumentationen utan det fanns ett standardiserat system att förhålla sig till. Här kan en förskjutning av makten från individen till systemet härledas. Den tekniska standardiseringen medförde att information allt lättare kunde tolkas oberoende vem som skrivit ned den. På detta vis blev också den arbetande individen allt mer ett objekt utifrån ett systemperspektiv, vilket relaterar till byråkratins önskan om att frikoppla skriften från kroppen.

I en artikel om arbetslivets snabba förändringar beskrev en läkarsekreterare hur den tekniska, sociala och ekonomiska utvecklingen skapade helt nya spelregler att förhålla sig till. Läkarsekreteraren var trött på att behöva anpassa sig till ”större strukturomvandlingar” och centraliseringsreformerna ”i stora förvaltningsområden med ekonomiska experter som ledare” hade påverkat läkarsekreterarna i grunden.¹⁰¹ De förväntades utföra allt mer arbete per sekreterare, trots att ”pappersfloden” växte i kraft.¹⁰² Läkarsekreterarna såg sig själva som små i jämförelse med det stora systemet. Dock blickade de hoppfullt framåt:

Men i planeringarna av de nya sjukhusen ser det annorlunda ut. I redovisningen av planerna för ett nytt sjukhus med 1600 platser skall 500 personer vara sysselsatta med s.k. medicinsk skrivservice.¹⁰³

⁹⁹ Sign. E. Edwardsson, ”Ett bättre sätt...” *Läkarsekreteraren*, nr. 9 år 1966.

¹⁰⁰ Järpvall, 133.

¹⁰¹ Gun Byqvist, ”Orkar vi följa med i utvecklingen?” *Läkarsekreteraren* nr 3 1970 årg. 7.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Ibid.

Det beskrevs även som att arbetet hade svällt mer och mer och innefattade en papperskvarn som var större än någonsin tidigare.¹⁰⁴ Därför ansågs också kraven på att förenkla kontorsarbetet allt viktigare.¹⁰⁵ Detta kopplades samman med de större rörelserna i samhället:

I produktionslivet sker en stark strukturomvandling – rationalisering – vilket ger nya yrkesstrukturer och nytt yrkesinnehåll. Produktionskapaciteten ökar genom utbildning, det betyder att kunskapskraven stiger, specialisering av arbetsuppgifterna ökar, nya arbetsuppgifter tillkommer. Investeringen måste ske i arbetskraften.¹⁰⁶

Läkarsekreterarna som yrkesgrupp var extra drabbad av rationaliseringsprocessen eftersom yrkeskategorin i grunden byggde på hushållande av olika kvalificerad arbetskraft. Detta är något som med en smula svart humor gärna ironiserades över i den egna tidningen:

Förändringarna har alltid – underligt nog – betytt ökade arbetsuppgifter, kvalitativt eller kvantitativt. Ibland har hon väl försökt opponera sig inför den alltmer ökande arbetsbördan, men det har inte varit lätt att göra sig hörd.¹⁰⁷

Även denna ironi går att relatera till Björcks beskrivning av anpassningen till rationalisering beroende på om man är subjekt eller objekt. Uppenbarligen var läkarsekreteraren ett objekt för rationaliseringsprocessen och bedömde den utifrån konsekvenserna. Läkarsekreterarna slogs mot denna ovanifrån påtvingade vilja till ökade arbetsuppgifter, ”produktionsökning och effektivisering”. Generellt hade också förbundet en avvaktande inställning till införandet av nya tekniker, särskilt ”datamaskinen”, men också mikrofilmen

En försmak av vad framtiden kommer att erbjuda i form av mikrofilmning och databehandling var kanske något skrämmande. Visserligen har man väl varit medveten om vad som rör sig, men jag tror knappast att så värst många insett vad som i en ej allt för avlägsen framtid kommer att praktiskt genomföras; vad konsekvenserna för vår del blir har man väl ej heller närmare reflekterat över.¹⁰⁸

Läkarsekreterarna själva hade inte fått vara med i förändringsprocesserna och därför går det också att anta att de inte var särskilt vänligt inställda till att införandet av nya tekniker som

¹⁰⁴ Sign. E. Edwardsson, ”Ett bättre sätt...” *Läkarsekreteraren*, nr. 9 år 1966.

¹⁰⁵ Ibid.

¹⁰⁶ Ulla Thydin, ”Jämlikhet – hur jämlikt vill vi ha det?” *Läkarsekreteraren*, nr. 3, år 1970.

¹⁰⁷ Gun Byqvist, ”Orkar vi följa med i utvecklingen?” *Läkarsekreteraren* nr 3 1970 årg. 7.

¹⁰⁸ Margareta Aronsson, ”Läkarsekreterarnas vidareutbildning”, *Läkarsekreteraren*, nr. 5, år 1970.

skulle förändra deras arbete än mer. De ansåg själva istället att en mer rationell byråkratisering innebar att anställa fler maskinskriverskor på sjukhusen. Även från läkarnas håll påtalades hur onödigt det var att läkarnas ”mer kvalificerade” arbetskraft förspilldes. Detta sätts även i relation till den uppenbara byråkratisering som initieras från statligt håll

I allt större utsträckning har samhället kommit att utnyttja läkarna för kontroll och distribution av allehanda välfärdsåtgärder; intygsskrivandet utgör en irriterande stor del av en arbetsbörda som vore mer än tillräckligt omfattande utan att tyngas av kamerala sysslor som i många fall borde kunna avskaffas eller överlätas på mindre dyrbar arbetskraft.¹⁰⁹

Utbyggnaden av folkhemmet hade inneburit att läkarna kom att utnyttjas för kontroll och andra ”välfärdsåtgärder”. Denna byråkratisering av läkaryrket skulle istället åläggas mindre dyrbar arbetskraft – det vill säga läkarsekreteraren.

Projekt rationell patientjournal – ”Grundjournalen”

Rådet för sjukhusdriftens rationalisering (SJURA) inrättades genom ett kungligt brev till inrikesdepartementet den 9 november år 1962. Syftet med SJURA var att samordna en rationaliseringsverksamhet som eftersträvades för hela landets sjukhusväsende.¹¹⁰ Till ordförande utsågs ordföranden i Centrala sjukvårdsberedningen, och rådet bestod av 18 ledamöter som företrädde områden som medicin, teknik och sjukvårdsadministration. Försöken till rationalisering bedrevs i olika projekt. Exempelvis gjordes ett försök av SJURA år 1963 som döptes till ”förenklad metodik vid förande av patientjournaler”.¹¹¹ Finansieringen av SJURA delades mellan staten, landstingen samt de städer som inte tillhörde något landsting.¹¹²

SJURA höll år 1965 en konferens i informationshantering angående automatisk tolkning och bearbetning av EKG, EEG och EMG.¹¹³ Diskussionerna handlade om hur man skulle gå till väga för att föra in all patientinformation i samma journal. Patientjournalen

¹⁰⁹ Gustav Myhrman, ”Doktor vid skrivmaskin” både i *Svenska dagbladet*, 5 juli år 1964 samt under samma rubrik i *Läkartidningen* 3 augusti år 1966.

¹¹⁰ Claes Tellvid, *Förteckning över Rådet för sjukhusdriftens rationalisering*, (Riksarkivets nationella arkivdatabas: Riksarkivet i maj 2000. Arkivet förtecknades ursprungligen 1968 i samband med SJURA:s upphörande.)

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid.

¹¹³ *Informationskonferens anf. Automatisk bearbetning och tolkning samt lagring av EKG, EEG och EMG*. (Stockholm: SJURA, 1965).

Elektromyografi (EMG) är en teknik som används inom medicinen för att mäta musklernas respons på stimulering från nervsystemet.

önskades också kunna lagras, så att den blev livslång, ”för att kunna jämföra ett barns EEG med densamma persons EEG på ålderns höst”.¹¹⁴ Uppenbarligen fanns en tanke om att kunna använda patientinformationen som ett kommunikationsmedium, inte bara mellan kollegor på olika kliniker utan också över generationsgränser.

När Medicinalstyrelsen år 1968 slogs samman med Socialvården ersattes SJURA av Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Spri tog över SJURAS arbetsuppgifter och uppdrag.¹¹⁵ Spri fortsatte därefter arbetet med att ta fram rationaliserade, standardiserade och strukturerade patientjournaler. Målsättningen var att lansera ett ”generellt journalsystem, som skulle tillfredsställa medicinska, författningsmässiga samt administrativa krav”.¹¹⁶ Argumenten handlar bland annat om att kontorsarbete kostnadmässigt utgjorde hela 15 till 20 procent av det totala arbetet på vårdinrättningar år 1976, en siffra som ansågs alldeles för hög.¹¹⁷ Ett annat problem som identifierades av Spri var att kontorsarbetet fortfarande utfördes av i stort sett alla personalkategorier och att tillvägagångssättet vid utförandet starkt varierade.

Den grundjournal som lanserades i juni år 1976 byggde både på ”internationell standard” och svensk standard enligt SIS. SIS var samma institut som tog fram den standard för maskinskrivning läkarsekreterarna använde. Detta kan tolkas som en strävan mot att anpassa svensk journalstandard så nära som möjligt till det övriga samhällets utveckling, utifrån ”den ökade kommunikationen mellan sjukvården och övriga samhällsfunktioner”.¹¹⁸ Poängen var alltså att anpassa de materiella förutsättningarna för informationen till den pågående byråkratiseringen. Informationen skulle kunna transporteras över avstånd mellan alla möjliga yrkeskategorier inom och utom vården. För att kunna uppnå detta behövde en standard tillämpas – för att man skulle kunna tolka varandras patientinformation. Detta handlar delvis om vad Joyce identifierar i sin analys av brittiska Indien som en byråkrati: ”Byråkrati bygger på utrotandet av den individuella personligheten hos byråkraten och dess ersättande av vad som är designat för att anses som den neutrala personan hos byråkraten.”¹¹⁹

¹¹⁴ *Informationskonferens anf. Automatisk bearbetning och tolkning samt lagring av EKG, EEG och EMG.* (Stockholm: SJURA, 1965).

¹¹⁵ Anders Anell & Rosita Claesson, *Svenska sjukhus förr och nu: ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*, (Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, 1995), 44.

¹¹⁶ Spri: råd 4.7: *Grundjournal*, (Spri, 1976) 6-7.

¹¹⁷ *Ibid.*, 6.

¹¹⁸ *Ibid.*, 6.

¹¹⁹ Joyce, 161.

Spri:s grundjournal utvärderades senare i en statlig offentlig utredning från 1984, där det konstaterades att

Flera modeller har prövats att förenhetliga journalers utformning, uppbyggnad och innehåll i syfte att uppnå vinster i överskådlighet. Även om det inte saknas arga kritiker av Spri:s arbete, finns det också många som anser att journalen gradvis fått en bättre kontorsrationaliserad utformning.¹²⁰

Från myndigheternas håll hade alltså Spri ”enligt många” lyckats få till en kontorsrationaliserad utformning, trots ”arga kritiker”.

Patienten och datamaskinen

Medicinsk automatisk databehandling: den vita rockens pondus kontra ”en blinkande elektronhjärna”

Försäkringsbolaget Folksam började redan år 1962 arbeta för att införa datorsystem inom vården. Direktör Seved Appelqvist, chef på Folksam, träffade i detta ärende läkaren Paul Hall. Hall kom senare att bli mycket inflytelserik i utvecklingen av datorsystem för informationsbehandling inom vården.¹²¹ Folskams direktör ska då ”lite så där insinuerande” ha frågat varför inte läkare använde datorsystem inom vården, när de gjorde det i försäkringsbranschen.¹²² Hall har beskrivit att han från början personligen inte hade något intresse av att använda datorsystem i sjukvården. Trots detta fick Hall 10 000 kronor i ett anslag av Folksam, en summa som ”aldrig tog slut”.¹²³

Anslaget ledde, bland annat, till forskningsrapporten *Patienten och datamaskinen*. Rapporten innehåller en redogörelse av resultaten från arbetsgruppen vid datacentralen på Serafimerlasarettets försöksverksamhet med medicinsk automatisk databehandling.¹²⁴ Försöksverksamheten initierades av Folksam år 1962 och bedrevs i större skala från och med år 1963. Det gjordes med bidrag från förutom Folksam, även SJURA. Både privata och statliga aktörer arbetade för införande av datamaskin inom vården redan i början av 1960-talet.

¹²⁰ SOU:1984, 138.

¹²¹ Hans Peterson, intervju med Paul Hall från 2005.

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Paul Hall, Ove Engkvist, Christian Mellner & Torkel Danielsson, *Patienten och datamaskinen: medicinsk automatisk databehandling*, (Folskams hälsoråds faktaserie; 1, Folksam, 1965) 7.

Rapporten handlar till stor del om möjligheterna att förbättra specifikt patientjournalernas funktion med hjälp av datorer. ”Datamaskinen” skulle effektivisera hela arbetet inom sjuk- och hälsovården. Genomgående presenteras argument i *Patienten och datamaskinen* om att det var en tekniskräck som låg bakom att man inte använde ”datamaskinen” inom vården. Rapporten är uppenbarligen färgad av föreställningar om att människor inom vården var särskilt teknikfientliga, ”[d]et förefaller vara så att läkaren finner den vita rockens pondus försvinna och ersättas med en blinkande elektronhjärna.”¹²⁵

SJURA höll, redan sommaren år 1965, ett symposium över sjukvård och databehandling. Socialministern Sven Aspling närvarade och ”poängterade det nödvändiga i att sjukvården tillgodogör sig de tekniska landvinningarna på automationens område”.¹²⁶ Argument som ofta åberopades handlade om att de administrativa rutinerna stal för mycket tid, och genom datorer skulle dessa rutiner komma att förenklas och rent tidsmässigt förkortas.¹²⁷ Datamaskiner skulle ta hand om det administrativa ”grovjobbet” medan de knappa personalresurserna skulle koncentreras på patienterna.¹²⁸

I en artikel om Karolinska sjukhusets projekt för datamaskinbaserad patientinformation trodde journalisten att det var möjligt att ”den 15 juli 1968 kommer att skrivas med fetstil i den svenska sjukvårdens historia.”¹²⁹ Detta eftersom siktet som presenterades var vad man kallade för ett ”fullständigt integrerat informationssystem”, som innebar att ett helt sjukhus skulle basera sin verksamhet på ”datamaskinteknik”.¹³⁰

Argumenten som anfördes av Karolinskas administrative chef Göran Karlén handlade om att det medicinska vetandet hade haft en explosionsartad tillväxt. Tillväxten sammankopplades med att informationsflödet och informationsbehovet inom sjukvården också hade ökat explosionsartat. Det angavs som en anledning till att informationsmängden inom ett storsjukhus ansågs närmast ohanterlig. En annan orsak var att Karlén ansåg informationen vara så olikartad till sin uppläggning att inhämtandet av det betydande vetande som fanns lagrat tog en ”helt orimlig” tid. Varje läkare utformade sina egna journaler och andra handlingar precis efter sitt eget huvud. Förutom tidsförluster medförde det

¹²⁵ *Patienten och datamaskinen*, 8.

¹²⁶ Arne Karsberg, ”Datamaskinbaserad klinik: Premiär för Sverige”, *Dagens Nyheter*, 28 juni år 1968.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ Ingen signatur. ”Datamaskin sätts in mot sjukvårdskrisen”, *Dagens Nyheter*, 28 september år 1965.

¹²⁹ Arne Karsberg, ”Datamaskinbaserad klinik: Premiär för Sverige”, *Dagens Nyheter*, 28 juni år 1968.

¹³⁰ *Ibid.*

tolkningssvårigheter, som i sin tur medförde feltolkningar med någon gång ”ödesdigra följder” som resultat.¹³¹

I *Patienten och datamaskinen* argumenterades det för hur patientjournalernas utformning och hantering påverkade det dagliga medicinska utövandet och möjligheterna till att bedriva medicinsk forskning. Problemet var att de förvarades i pappersform, i ”otympliga arkiv”. Att försöka sig på att ta fram underlag för statistiska undersökningar när allt sorterades i enorma arkiv ansågs oerhört omständligt. Problemformuleringen och argumentet för förändring handlade även i *Patienten och datamaskinen* om hur överflödet av papper i stora arkiv försvårade det dagliga användandet av patientinformation inom vården. För att kunna använda sig av papprens fulla potential behövde det överkommas. Även argumentet om att framställningen av statistiska data försvårades genom den flod av pappersjournaler som fanns i sjukhusarkiven kopplas till patientinformationens funktion

Någon detaljanalys, av hur många typer av arkivering som dessa data underkastas har inte gjorts, men för närvarande finns åtminstone fyra olika registreringsformer på inskrivningsdetaljen, vid vårdavdelningen och vid medicinexpeditionen. Det är antagligen inte överdrivet att påstå att åtminstone tre register på sjukhuset innehåller samma information. Med andra ord arbetar dagligen tre personer med samma typ av register. Modern datateknik kan sannolikt förenkla denna rutin. Det finns för närvarande olika nivåer av databehandling för denna typ av information, dels en hålkortsrutin med enkel hålkortsutrustning och dels på längre sikt en datamaskin, som tar hand om denna information och distribuerar den vid behov till de olika platserna.¹³²

Här tydliggörs samspelet mellan kravet på standardisering för att kunna förenkla användningen av datorer inom vården, och vice versa

Gång på gång poängteras i denna bok kravet på standardisering och för att enhetligt insamla information har ovan skisserats bl.a. i olika typer av formulär. Fördelen med dessa är att de inte kräver särskilda kunskaper i datateknik av användaren och därför bör kunna användas av både läkare och patienter.¹³³

I och med en allt större genomströmning av vilka som arbetade på sjukhusen, och därmed också av dokumenten, blev standardiseringen allt viktigare. Denna process går att jämföra

¹³¹ Arne Karsberg, ”Datamaskinbaserad klinik: Premiär för Sverige”, *Dagens Nyheter*, 28 juni år 1968.

¹³² *Patienten och datamaskinen*, 42.

¹³³ *Ibid.*, 89.

med antropologen Guptas exempel som bygger på en anställd i den indiska byråkratin. Byråkraten mötte ofta en situation där den behövde fatta beslut trots avsaknad av tidigare erfarenhet av problemen, området eller människorna beslutet involverade.¹³⁴ Under dessa omständigheter fungerade dokumentet som byråkratens bästa vän. Vad som hade nedtecknats avgjorde handlingarna – eftersom ingen annan kunskapsbas om fallet fanns till hands. Vad som tidigare hade skrivits ner och hur tidigare byråkrater hade hanterat det blev därför de viktigaste faktorerna för hur det föreliggande beslutet skulle hanteras. Den allt större och mer decentraliserade vårdapparaten, där dokumenten blev viktigare och viktigare, kan mycket väl tänkas ha behövt använda patientinformationen allt oftare likt i Guptas analys av byråkraten och handlingen.

Slutklämmen i *Patienten och datamaskinen* handlar om hur den dåtida medicinska behandlingen baserades framförallt på ”rutiner som ligger off-line med datamaskinen”.¹³⁵ Emellertid ansåg författarna att det fanns tendenser mot ”integrerande on-line-system som tillåter varje läkare eller sjuksköterska, varje laboratorium eller vårdavdelning att vara i kontakt med nödvändig medicinsk information.”¹³⁶ Framtidsvisionen handlade om att ”[i]morgon kommer inte endast varje i öppen och sluten vård utan även i sjukvårdsområdet praktiserande läkare att kommunicera med det centrala journalarkivet i datamaskinen.”¹³⁷ Läkarens arbete skulle kunna underlättas ”med hjälp av förhandsinformation om patienten via olika typer av formulär och av analysresultat från till centrallaboratorierna insända blod- och urinprover där ett antal standardanalyser utförs.”¹³⁸ Patientens symptom och laboratoriebild skulle jämföras med data från tidigare undersökningar av samme patient, eller med patienter i journalarkivet med samma sjukdomsbild där diagnos, terapi och prognos fanns att tillgå.

Den gamle husläkaren som idag är på avskrivning, då han inte kan konkurrera med det stora sjukhusets kapacitet och erfarenhet, får imorgon sin renässans. Samma kliniska erfarenhet som tjugo professorer vid universitetskliniken besitter, blir då hans diagnostiska och terapeutiska instrument och decenniernas observationer ligger till grund för hans diagnos. Varför MAD [medicinsk automatisk databehandling] – är inte husläkaren svaret!¹³⁹

¹³⁴ Gupta, 147.

¹³⁵ *Patienten och datamaskinen*, 115.

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ Ibid.

¹³⁸ Ibid.

¹³⁹ Ibid.

Genom att använda medicinsk automatisk databehandling skulle den gamle husläkaren få sin renässans. Att just argumentet för en mer patientnära kontakt användes av datamaskinförespråkarna är anmärkningsvärt. Det var dock en ny form av husläkare – som med hjälp av datamaskinen ska kunna besitta samma kliniska erfarenhet som ”tjugo professorer vid universitetskliniken”.

Patientjournalagen som en svidande kritik av datoriseringen: ”Det gamla förtroendeförhållandet mellan patienten och läkaren är ett minne blott”

I början av år 1980 tillsattes ännu en utredning om gallrandet av medicinska arkiv, från statligt håll.¹⁴⁰ Socialdepartementets kommittés utlåtande till riksdagen år 1980 sammanfattade att Spri:s grundjournal användes i ”upp till 70%” inom hälso- och sjukvården.¹⁴¹ Trots att grundjournalen enligt kommitténs utlåtande användes så pass utbrett på sjukhusen behövde uppenbarligen hanteringen fortfarande problematiseras från myndighetshåll.

Uppdraget för utredningen var att göra en översyn gällande råd i fråga om gallring av medicinska arkiv med mera. Utredningens uppdrag resulterade två år senare i delbetänkandet *Bevarande av journaler m.m.*¹⁴² Den 13 november år 1980 fick utredningen tilläggsdirektiv och efter år 1982 utfördes arbetet i enlighet med dessa.¹⁴³ De nya direktiven handlade om ta fram förslag om vilka som skulle vara skyldiga att föra journal, i vilka situationer skyldighet skulle föreligga samt inom vilka verksamhetsformer journal skulle föras.¹⁴⁴

Utgångspunkten var att de grundläggande bestämmelserna om skyldigheten att föra journal skulle ges i lag och framför allt ta hänsyn till patienternas intresse av god och säker vård, samt till patienternas integritets- och rättssäkerhetsintressen.¹⁴⁵ Enligt den utredning som publicerades år 1984 fanns det en diskrepans mellan den praktiska och den juridiska synen på journalen.¹⁴⁶ Detta eftersom regler ansågs saknas för hur journalen, samt vilka andra

¹⁴⁰ ”Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar mig att tillkalla en särskild utredare för att göra en översyn av gällande råd i fråga om gallring i vissa medicinska arkiv m.m., att besluta om sakkunniga och experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren. Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns kommittéanslag. Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hennes hemställan.” (Socialdepartementet) SOU 1984:73, 3.

¹⁴¹ Del II S:1 *Regeringens skrivelse till riksdagen* 1980/81:103, 62.

¹⁴² Journalutredningen, *Bevarande av journaler m. m.: ett delbetänkande*, (LiberFörlag/Allmänna förl., Stockholm, 1982).

¹⁴³ SOU 1984:73, 89.

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Ibid., 43.

dokument som skulle föras inom hälso- och sjukvården, och hur de skulle vara utformade och förvaras. De bestämmelser som vid tidpunkten fanns ansågs vara för svårtillgängliga och utspridda på olika nivåer och organ.¹⁴⁷ År 1984 fanns alltså fortfarande inte någon tydlig och sammanhängande reglering av den medicinska dokumentationen som användes ute i hälso- och sjukvården.

Gällande journalens materiella utformning beskrev utredningen hur den medicinska utvecklingen och olika vårdorganisatoriska förändringar hade medfört att dokumentfloran succesivt fyllts på. Det ansågs ”välkänt” att journaler vid tidpunkten såg ut på olika sätt i olika verksamheter, exempelvis att journalblanketterna i ett landsting kunde ha en helt annan utformning än i ett annat landsting.¹⁴⁸ Generellt gällde inom sjukvården att intolerans och allvarlig överkänslighet mot läkemedel skulle markeras i journalen med ordet ”VARNING”. Detta kunde göras på en rad olika sätt: för hand med röd penna, röd etikett, röd stämpel eller på ”annat iögonfallande sätt”.¹⁴⁹ Denna bestämmelse följdes upp och anpassades till Spris grundjournal.¹⁵⁰

År 1984 tillämpades två huvudsakliga former av journaler – den källorienterade och den problemorienterade. Majoriteten var källorienterade – den metod som i stort sett alla läkare lärt sig under grundutbildningen. Denna följer läkarens utredning och behandling och kan indelas i följande delar: anamnes, status, (preliminär) diagnos och epikris.¹⁵¹ Vanligen sorterades dokumenten efter källan i omvänd kronologisk ordning. Det innebar att alla röntgenutlåtanden sorterades för sig, alla bakteriologiska respektive kemiska analysvar för sig och så vidare. Det senaste svaret skulle vanligen placeras överst i bunten. Den behandlande läkarens observationer redovisades vanligen i löpande text, på en blankett som vanligen benämndes ”journalblad”. Ibland användes även ett särskilt blad för epikriser.

I den proposition som lades fram under år 1984 utifrån journalutredningens slutsatser sammanfattades arbetet på följande vis

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

¹⁴⁷ SOU 1984:73, 24.

¹⁴⁸ Ibid., 137.

¹⁴⁹ Socialstyrelsens Föreskrifter, 1982:8.

¹⁵⁰ Olofsson & Norling, 91.

¹⁵¹ Epikris är den avslutande journalteckningen, även kallad ”slutanteckning”. Epikrisen sammanfattar en särskild vårdperiod.

reformarbete som bedrivits och bedrivs inom vårdområdet. Utredningen föreslår en gemensam lag om patientjournaler för all hälso- och sjukvård.¹⁵²

En tydligt ny aspekt, jämfört med tidigare förslag och idéer om journalens funktion och form, var hur starkt *patientens* intressen lyftes fram. Propositionen bekräftade patientens stärkta roll i relation till både de tekniska och de kommunikativa förändringarna inom vårdapparaten

Under 70-talets senare hälft och början av 80-talet har det bedrivits intensivt reformarbete inom vården. Patientens situation har i detta arbete rönt ökad uppmärksamhet. Under denna tid har reformer med syften att i högre grad tillvarata patientens rätt och intressen i vården (exempel på detta är hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 samt lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. 1980:11). I dessa sammanhang har det enligt propositionen framställts som att ”dagens tekniskt avancerade sjukvård medför risk för att det personliga omhändertagandet blir lidande”. Vårdresultatet beror inte som förr på enbart insatser av endast en eller ett par läkare, utan också på arbete som utförs av tekniker och andra specialister som patienten sällan kommer i närmare kontakt med.¹⁵³

I allmänhet föreskrevs endast att en del grundläggande uppgifter skulle antecknas i journalen. Det fanns vid tidpunkten, enligt utredningen, inte några *allmänna* bestämmelser om hur en journal skulle vara utformad eller hur den skulle bevaras.¹⁵⁴ I utredningen beskrevs även hur journalen, som var ”den centrala enheten i systemet”, hade fått utstå alltmer kritik.

Patientjournallagen föreslås vara ”teknik-neutral”. Med journalhandling avses därför alla former av framställningar och upptagningar vare sig de utförts manuellt, mekaniskt eller elektroniskt. Journaler kan alltså helt eller delvis utgöras av ADB-, video- eller diktafonupptagningar. Röntgenfilmer, EKG-kurvor och fotografier är också journalhandlingar. Lagens bestämmelser gäller således både uppgifter i pappershandlingar av konventionellt slag och uppgifter på andra informationsbärande medier.¹⁵⁵

Att patientjournallagen vid denna tidpunkt föreslogs bli ”teknik-neutral” är viktigt att lägga märke till. I dagspressen beskrevs journalutredningen som en ”svidande kritik” av

¹⁵² Regeringens proposition 1984/85:189 om patientjournallag m.m.: beslutad den 28 mars 1985. 13.

¹⁵³ Ibid., 9.

¹⁵⁴ Ibid., 13.

¹⁵⁵ Ibid., 15.

datoriseringen av de sekretessbelagda uppgifterna i sjukhusklinikernas patientjournaler.¹⁵⁶

Av journalutredningens avsnitt ”integritet och sekretess” framgick att det gamla förtroendeförhållandet mellan patienten och läkaren ansågs vara ett minne blott. Utredarna tog därmed kål på den utbredda tron om att det man berättade för läkaren skulle hemlighållas, ”[m]an skulle därför något tillspetsat kunna säga att förtroendeförhållandet inte längre gäller mellan två personer, utan mellan en person och ett vårdkollektiv.”¹⁵⁷

Mängden av personliga uppgifter som patientjournalen faktiskt innehöll, informationsspridningen och den allt större kretsen av personer som hade tillgång till journaluppgifter ansågs oroväckande. Det gällde särskilt utifrån patientens integritetsintressen. Utredningen konstaterade att den moderna hälso- och sjukvården hade fått allt svårare att uppfylla de ideal som förtroendesekretessen tidigare gett uttryck för. I den ”moderna vårdapparaten” kunde istället upplysningar om patienten betraktas som ”någon sorts gemensam egendom för hela vårdkollektivet”.¹⁵⁸ Journalutredningens ledamöter ansåg särskilt att den ökade användningen av datorer accentuerade problemet. Samtliga av de centrala databankerna hade byggts upp utan stöd i lagen. Men det hade inte heller funnits någon särskild författning som reglerat hur läkarna skulle ställa sig till att lämna ut patientjournalerna åt databaserna.

Först i januari 1986 blev journalförandet lagstadgat som en skyldighet för läkare. Det lagförslag som röstades igenom baserades på slutsatserna från den statliga offentliga utredningen från år 1984.¹⁵⁹ Förutom läkare blev tandläkare och alla legitimerade inom vården skyldiga att föra journal. Även icke-legitimerade logoped, psykologer, psykologterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och sjukhusfysiker fick journalföringsplikt. Nästan alla behandlande yrkesgrupper inom vården, oavsett legitimation eller inte, skulle därmed föra journal.

Sammanfattningsvis tydliggjordes patienten som en viktig individ i vårdapparatens hantering av patientinformation. Utifrån undersökningen kan slutsatsen dras att en starkt bidragande faktor till att idéer om patientens integritet fick ökat inflytande berodde på den skrifttekniska utvecklingen i form av datorns intåg på sjukhusen. Även att patientjournalen snarare ansågs som ett kommunikationsmedium i en centraliserad vårdapparat bidrog till att idéer om patientens integritet fick större inflytande.

¹⁵⁶ Matts Dahlström, ”Sekretess äventyras på sjukhus: Journaler ’allas’ egendom”, *Dagens Nyheter*, 24 juli 1985.

¹⁵⁷ SOU 1984:73, 55-89.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Patientjournallagen, 1985:562.

Slutdiskussion och sammanfattning

Undersökningen har visat hur diskussionen om patientjournalers funktion formades och omformades till följd av moderniseringsprocesser i den svenska hälso- och sjukvården under perioden mellan åren 1900 och 1986. Journalen har följts utifrån tre centrala skrifttekniker: handskriften, skrivmaskinen och den datorgenererade texten, vilket har gett nya perspektiv på hur ”triviala byråkratiska processer” kan generera kunskap som påverkar handlingar hos involverade aktörer.

Den växande arbetsbördan och skrivandet av patientjournaler ansågs ta för mycket tid från den enskilde läkarens huvuduppgifter och ett nytt yrke etablerades utifrån de ”rationella” tankegångarna: läkarsekreteraren. Hon använde sig av den moderna skrivmaskinen – en dokumentationsform som ansågs både snabb och objektiv. När hälso- och sjukvården utvecklades ytterligare initierades flertalet statliga offentliga utredningar för att analysera hur man skulle hantera patientdokumentationen så rationellt som möjligt. Samtidigt som datorn på allvar började introduceras på sjukhusen började kritiska röster höjas om behandlingen av patienternas privata uppgifter. Utifrån resultaten som uppnåts vill jag även argumentera för att det handlade om en ny medvetenhet om hur nätverket hade expanderat kring patienten – från läkarens enskilda handskrift, över läkarsekreterarens rationella skrivmaskin för byråkratiska ändamål, för att slutligen landa i datamaskinen som kommunikationsmedium i en stor vårdapparat med många yrkeskategorier.

Ett oväntat resultat är hur patientjournalerna, trots de många försöken till standardisering och rationalisering, fortsatte följa ungefär samma form. Framförallt fortsatte patientjournalerna att skrivas så som läkaren själv behagade. Att patientjournalen inte har reglerats specifikt i en heltäckande lagstiftning förrän år 1986 är intressant bara i sig – och tyder på de speciella strukturer just hälso- och sjukvården påverkas av. Visserligen reglerades sjukhusläkarens verksamhet av bland annat Medicinalstyrelsens och Socialstyrelsens föreskrifter. Men hur stort inflytande de centrala föreskrifterna, innan patientjournalagen, hade över den faktiska journalföringen verkar ha skiftat, till och med från klinik till klinik. Detta skedde trots att patientjournalens funktion diskuterades flitigt under större delen av den undersökta perioden.

En särskild dynamik kan urskiljas utifrån resultaten hos de tre delstudierna i relation till rationaliseringen och byråkratiseringen av hälso- och sjukvården beroende av huruvida de som drabbades av rationaliseringen var objekt för eller subjekt i effektiviseringsprocesserna, återigen i analogi med Björcks resultat. Undersökningen har analyserat åsikter om

patientjournalens funktion från ”sjukhuskontor och sjukhuskorridorer”, det vill säga det som uttrycktes av läkarsekreterare och läkare. Då även centrala myndigheters och ”ingenjörernas” åsikter analyserats går det att uppfatta skillnader mellan dessa aktörers åsikter.

Resultatet har visat hur byråkratiseringen uppmärksammades och ifrågasattes av både ”sjukhusens kontorister” och läkarna. Processen bedömdes av de aktörer som dagligen arbetade med ”vardagstekniken” efter konsekvenserna, och inte målsättningarna. Från både myndigheternas håll och de ”ingenjörer” som agerade för att förändra och rationalisera hanteringen av patientinformation förmedlades en helt annan, närmast motsatt, bild.

Resultatet kan jämföras med Carina Beckermans artikel från år 2005.¹⁶⁰ Hennes studie undersöker den inte allt för avlägsna implementeringen av teknik inom vården i form av ”datajournal”. Materialet undersökningen baseras på är narrativa intervjuer av olika yrkesgrupper som finns på sjukhus och hanterar journaler i sin vardag. Beckermans analys visar att samtliga i personalen ansåg att de, i relation till implementeringen av den nya datorbaserade journalen, inte kunde styra över sin egen arbetssituation. Införandet av en datorbaserad patientjournal upplevdes inte som något positivt utan som en extra börda, något som behövde uthärdas. Personalen hade inte själva bett om att få en datorbaserad patientjournal vilket om och om påpekas i intervjuerna gjorda av Beckerman. Mina resultat gällande hur rationaliseringsprocessen togs emot av olika aktörer passar väl ihop med Beckermans resultat, trots att våra metodologiska och kontextuella utgångspunkter skiljer sig åt.

En starkt bidragande faktor till patientens ökade inflytande över sin egen patientjournal identifieras i undersökningen som den skrifttekniska utvecklingen i form av datorns intåg på sjukhusen. Under perioden som behandlas når utvecklingen sin kulmen med lagen som börjar gälla i januari år 1986. Sammanfattningsvis tydliggjordes patienten som en viktig individ i vårdapparatens hantering av patientinformation vilket samspelade med hur journalen vid denna tidpunkt ansågs som ett kommunikationsmedium i en vårdapparat.

I *Mikrofilm: överflöd och brist* från år 2017 beskriver Matts Lindström hur känslan av det materiella överflödet och överlastningen om och om har upplevts som ett helt nytt fenomen. Lindström pekar på den historiska trögheten hos denna figur och hur den återkommit med jämna mellanrum och i olika former. Resultaten hos Lindström visar hur informationen och vetandet framställdes återkommande i materiella termer. Det ansågs inte bara som något som skulle problematiseras genom bristande kvalitet utan också genom sin

¹⁶⁰ Beckerman, “Historien om en datajournal: en narrativ studie av ett IT-projekt”, 1-41.

svällande kvantitet – ofta i rumsliga termer, som en ”papprets invasion”, en litteraturflod eller en ”pappersflod”.¹⁶¹ Lindströms resultat kan jämföras med Järpvalls beskrivning av hur man började försöka tämja och hantera de växande företagen, och därför skulle kontoristerna och deras kontorsmaskiner organiseras. I förlängningen ledde detta till ännu större kommunikationsproblem i form av ”en ständigt växande pappersflod”. I analogi med detta aktuella forskningsläge har undersökningen visat hur det fanns liknande föreställningar om patientdokumentationens materiella överflöd. Kapaciteten ökades och mer information producerades. Därav skapas ständigt nya problem som ska lösas, i denna undersökning genom rationalisering och förändring av inskriptionstekniker. Järpvall sammanfattar det som att problemen med informationshantering aldrig kommer att lösas, men att den enda konstanten kanske är den ständiga tron på en lösning.¹⁶²

Drömmen om att lösa mellanmännsliga kommunikationsproblem med hjälp av bättre, mer rationella och teknologiska lösningar återkommer alltså gång på gång – och uppenbarligen även i samtiden. Inledningsvis kopplade jag samman detta problem med skandalomsusade Nya Karolinska. Även Region Skåne fortsätter att arbeta mot denna dröm och har nyligen köpt in ett nytt system för en enorm summa pengar. Framtidsvisionen som presenteras av Region Skåne, hösten år 2017, är slående lik den som målas upp i *Patienten och datamaskinen* år 1965.¹⁶³

I jämförelse med de tidigare studier om patientjournalens historia i Sverige vill jag betona hur min undersökning bidrar till att nyansera bilden. Flertalet av studierna utgår från digitaliseringen av patientjournaler för att sedan teckna en historisk bild, vilket leder till en deterministisk syn på den tekniska utvecklingen av patientjournalen. Min undersökning ger därmed nya perspektiv på patientdokumentationens historia, och indirekt även på hälso- och sjukvårdens 1900-tals historia, från ett medie-materiellt perspektiv. I denna uppsats visar jag vilka faktorer som kan ha inverkat, med fokus på de medietekniska förändringarna, samt sociala och samhällsliga strukturers inverkan på den medicinska kommunikationen. Studien indikerar på det större idé- och mediehistoriska sammanhang som formade patientjournalen under perioden 1900–1986. I och med det materiella perspektivet har studien öppnat för kunskap om den svenska vårdens informationshistoria från ett nytt idé- och mediehistoriskt perspektiv.

¹⁶¹ Lindström, 197–201.

¹⁶² Järpvall, 236.

¹⁶³ ”Gemensamt IT-system ska förenkla kontakten med vården”, <https://www.skane.se/organisation-politik/Nyheter/Halsa-och-varld/2017/gemensamt-it-system-for-varden/> (senast kontrollerad 2018-05-29).

Uppsatsen försöker teckna huvuddragen i historien om skriftteknikernas användning i hälso- och sjukvården under den aktuella perioden – men det finns säkert fortfarande vårdpersonal som antecknar för hand än idag. Ytterligare en begränsning med undersökningen hör ihop med det materiella perspektiv jag anlägger på materialet, att uppsatsen har undersökt hur olika inskriptionsteknikers inträde har påverkat dokumentationen. Premissen för uppsatsen är att den specificerat sig på att undersöka diskussioner om patientjournalens funktion i relation till förändrade inskriptionstekniker. Därför har jag, som inledningsvis diskuterades, inte heller undersökt patientjournaler i sig utan istället tecknat en historia utifrån de olika idéer som har framförts om patientdokumentation.

Självklart har många andra faktorer och aktörer förändrat hur man behandlat patientinformation inom vårdapparaten. Men för att besvara undersökningens frågeställningar och uppfylla syftet har det empiriska material som valts, baserat på aktörer med olika inställning till förändringar, fungerat väl för att studera hur de olika skriftteknikernas inträde förändrade villkoren för arbetet inom hälso- och sjukvården.

Utifrån mina resultat vill jag peka på ett antal fortsatta möjligheter att undersöka hälso- och sjukvårdens hantering av patientinformation historiskt. Det tåls att åter poängtera hur det är ett ämne med hög samhällsrelevans som inte blivit nog utforskat. En möjlighet är att undersöka hur olika journaler och blanketter inom vården har förändrats och formats i relation till mer specifikt kunskaps-cirkulationen. Det vore intressant om det gick att visa på samband mellan vilken kunskap som produceras och formen den vidarebefordras genom. Ett exempel på en studie att förhålla sig till i en sådan undersökning skulle kunna vara Cornelia Vismanns *Lagen och arkivet: akternas mediehistoria*.¹⁶⁴ Vismann visar hur rättens historia tycks sammanfalla med mediehistorien, ett perspektiv som vore intressant att jämföra utifrån något i stil med ”Sjukhuset och arkivet: patientjournalernas mediehistoria”.

Under uppsatsens gång har jag upptäckt mängder med lovande samt (mig veterligen) obehandlat källmaterial som relaterar till ämnet. Tyvärr har jag inte haft utrymme att behandla allt i undersökningen. Exempelvis tror jag att en grundlig undersökning av de arkiv som finns upprättade med både SJURA:s och Spri:s handlingar vore fruktbar. Även att ta reda på mer om Folksams inblandning i den tidiga användningen av datorer inom hälso- och sjukvården hade varit intressant, möjligen i en studie om motiven bakom

¹⁶⁴ Cornelia Vismann, *Lagen och arkivet: akternas mediehistoria* (2001; Göteborg: Glänta produktion, 2017).

Folksams investeringar. Även en studie av Paul Hall som, utifrån både tidigare forskning och den här undersökningen, framstår som en viktig aktör inom ”medicinsk automatisk databehandling”. Att spåra hans gärning som tänkare och ”ingenjör” vore en möjlighet. Detta skulle kanske kunna göras med utgångspunkt i rapporten *Patienten och datamaskinen*. Om tid och utrymme funnits hade jag gärna kompletterat de tre delstudierna med en fjärde: digitaliseringen och den uppkopplade journalen.

Slutligen hoppas jag att undersökningen förmedlat nytta i att förena perspektiv från idéhistoria, mediehistoria och medicinhistoria – i analogi med vad Jülich eftersöker i ”Transdisciplinära varianter och strategier: mediehistoria möter medicinhistoria”.

Litteraturförteckning

Tryckt material

Akhil, Gupta, *Red tape: bureaucracy, structural violence, and poverty in India*, (Durham: Duke University Press, 2012)

Anell, Anders & Rosita Claesson, *Svenska sjukhus förr och nu: ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*, (Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, 1995).

Aronsson, Margareta, ”Läkarsekreterarnas vidareutbildning”, *Läkarsekreteraren*, nr. 5 år 1970.

Becker, Peter & William Clark, *Little tools of knowledge: historical essays on academic and bureaucratic practices*, (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2001).

Beckerman, Carina, ”Historien om en datajournal: en narrativ studie av ett IT-projekt”, (Stockholm: SSE/EFI Working paper series in business administration, 2005), 1-41.

Bjugren, Sten, ”Kombinerad journal- och rondvagn för vårdavdelningar” *Läkarsekreteraren*, nr. 3 år 1970.

Björck, Henrik, *Folkhemsbyggare*, (Stockholm: Atlantis, 2008).

Björkman, Maria, , *Den anfrätta stammen: Nils von Hofsten, eugeniken och steriliseringarna 1909-1963*, (Linköping: Linköpings universitet, 2011).

Björkman, Jenny, *Vård för samhällets bästa: Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970*, (Stockholm: Carlssons, 2001).

Broberg, Gunnar & Mattias Tydén, *Oönskade i folkhemmet: rashygien och sterilisering i Sverige*, (Stockholm: Gidlund, 1991).

Byqvist, Gun, ”Orkar vi följa med i utvecklingen?”, *Läkarsekreteraren* nr. 3 år 1970.

Centrala sjukvårdsberedningen, *Informationskonferens anf. Automatisk bearbetning och tolkning samt lagring av EKG, EEG och EMG*. (Stockholm: SJURA, 1965).

Charmantier Isabelle, "Notebooks, files and slips: Carl Linnaeus and his disciples at work", Hanna Hodacs, Kenneth Nyberg & Stéphane Van Damme (red.), *Oxford university studies in the enlightenment*, nr. 1, 2018. 25-56.

Dahlström, Matts, "Sekretess äventyras på sjukhus: journaler 'allas' egendom", *Dagens Nyheter*, 24 juli år 1985.

E. Edwardsson (sign.), "Ett bättre sätt...", *Läkarsekreteraren*, nr. 9, år 1966.

E. Edwardsson (sign.), "Systematisk maskinskrivning", *Läkarsekreteteraren*, nr. 1, år 1967.

E. Edwardsson (sign.), "Systematisk maskinskrivning", *Läkarsekreteteraren*, nr. 2, år 1967.

Engelbertsson, Bob & Olle Westin, TAM-Revy nr 1, juni 2005, "Läkarsekreteraryrket: historia, nutid och framtid", 5–12.

Evans, Hughes, "Losing touch: the controversy over the introduction of blood pressure instruments into medicine" *Technology and Culture*, volym 34 nr 4, oktober år 1993.

Friberg von Sydow, Rikard "Medical records: the different data carriers used in sweden from the end of the 19th century until today and their impact on confidentiality, integrity and availability" (Huddinge: Södertörns högskola, 2017).

Friberg von Sydow, Rikard, "Patientjournalen mellan integritet och datorisering: En undersökning av SOU 1984:73" ur *Arkiv, samhälle och forskning*, nr. 1, 2017 (Föreningen för arkiv och informationsförvaltning: 2017) 6–26.

Författningar m.m. angående medicinalväsendet i Sverige: 1860-1877, Stockholm: Kongl. Sundhetskollegium, 1877).

Gitelman, Lisa, *Paper knowledge: Toward a Media History of documents*, (The MIT Press, Cambridge: 2014).

Götselius, Thomas, ”Skriftens rike: Haquin Spegel i arkivet” Solveig Jülich, Patrik Lundell & Pelle Snickars (red.) *Mediernas kulturhistoria* (Stockholm: Kungliga biblioteket, 2008).

Hall, Paul, ”Problemorienterad journal”, *Läkartidningen*, nr. 15 år 1974.

Hall, Paul, Ove Engkvist, Christian Mellner & Torkel Danielsson, *Patienten och datamaskinen: medicinsk automatisk databehandling*, (Folksams hälsoråds faktaserie; 1, Folksam, 1965).

Hess, Volker & J. Andrew Mendelsohn, “Case and series: medical knowledge and paper technology, 1600-1900”, *History of Science*, nr. 48, 2010.

Hult, Backlund, Gunilla, ”För mycket dokumentation äventyrar patientsäkerheten”, *Dagens Nyheter*, 20 januari 2015.

Informationskonferens anf. Automatisk bearbetning och tolkning samt lagring av EKG, EEG och EMG. (Stockholm: SJURA, 1965).

Jarlbrink, Johan, ”Objektiv journalistik i bandspelarens tidevarv” i Marie Cronqvist, Johan Jarlbrink & Patrik Lundell (red.) *Mediehistoriska vändningar* (Lund: Mediehistoriskt arkiv, 2014), 43-66.

Johannisson, Karin, *Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar*, (Stockholm: Norstedt, 2004).

Jülich, Solveig, ”Transdisciplinära varianter och strategier: mediehistoria möter medicinhistoria” i Marie Cronqvist, Patrik Lundell & Pelle Snickars (red.) *Återkopplingar* (Lund: Mediehistoriskt arkiv, 2014).

Jülich, Solveig, *Skuggor av sanning: tidig svensk radiologi och visuell kultur*, . (Linköping: Univ., 2002).

Jülich, Solveig, ”Lennart Nilsson's fish-eyes: a photographic and cultural history of views from below”, *Konsthistorisk Tidskrift*, vol. 84 nr. 2, 2015. 75-92.

Journalutredningen, *Bevarande av journaler m. m.: ett delbetänkande*, (Stockholm: LiberFörlag/Allmänna förlaget, 1982).

Joyce, Patrick, *The State of Freedom: A Social History of the British State since 1800*, (New York: Cambridge University Press, 2013).

Järpvall, Charlie, *Pappersarbete: formandet av och föreställningar om kontorspapper som medium*. (Lund: Lunds universitet, 2016).

Karsberg, Arne, ”Datamaskinbaserad klinik: Premiär för Sverige”, *Dagens Nyheter*, 28 juni år 1968.

Kaminsky, P., Arnold, *The India Office: 1880-1910* (Westport: Greenwood press, 1986).

Kock, Wolfram (red.) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962: lasaretten och den slutna kroppssjukvården*, (Stockholm: Victor Pettersons Bokindustri AB, 1963).

Kungl. Maj:ts kungörelse nr. 77 den 21 oktober år 1864.

Latour, Bruno, ”Visualization and cognition: Thinking with eyes and hand”, *Knowledge and society: Studies in the sociology of culture past and present*, red. Henrika Kuklick & Elisabeth Long (Greenwich: Jai Press, 1986).

Lindström, Matts, *Drömmar om det minsta: mikrofilm, överflöd och brist. 1900–1970*. (Halmstad: Mediehistoriskt arkiv, 2017).

Medicinalstyrelsens underdåniga utlåtande öfver särskilde komiterades förslag till lasaretsstadga, sjukstugestadga och reglemente för lasaretsläkarnes pensionskassa (Stockholm: Medicinalstyrelsen, 1901).

Mejling, Jesper, *Nya Karolinska: ett pilotprojekt för marknasstyrd vård?*, (Stockholm: Arena idé, 2018).

Mithander, Conny "Från mönsterland till monsterland: folkhemiska berättelser", Åke Bergvall, Yvonne Leffler & Conny Mithander (red.) *Berättelse i förvandling. Berättande i ett intermedialt och tvärvetenskapligt perspektiv*. (Karlstad: Institutionen för kultur och kommunikation, 2000) 53-85.

Müller-Wille, Staffan & Isabelle Charmantier, "Natural history and information overload: The case of Linnaeus", *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, Vol. 43, nr. 1, 2012, 4-15.

Myhrman, Gustav, "Doktor vid skrivmaskin", *Svenska dagbladet*, 5 juli år 1964.

Myhrman, Gustav, "Doktor vid skrivmaskin", *Läkartidningen*, 3 augusti år 1966.

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

Olofsson, Birger & Norling, Leif, *Förvaltningsutredningen etapp 3: detaljutformning av administrativa stödfunktioner*, (Stockholm: Spri-Konsult, 1980).

Regeringens proposition 1984/85:189 "Om patientjournallag m.m."
<http://data.riksdagen.se/fil/CE3C2EC3-6E87-4D12-BE8B-D16BB68E6ACA> (senast kontrollerad 2018-05-29).

Regeringens proposition 1979/80:36 "Om ändring i lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utkomma allmänna handlingar"

Stenbeck, Richard & Fredrik Bissmark (red.), *Medicinalförfattningar* (Stockholm: A.B. Nordiska Bokhandelns förlag, 1929).

Stenbeck, Richard & Fredrik Bissmark (red.), *Medicinalförfattningar*, (Stockholm: Nordiska Bokhandeln, 1926).

Svensk författningssamling nr. 2008:355 utfärdad 2008-05-29 av Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355 (senast kontrollerad 2018-05-29).

Svensk författnings-samling nr. 83, Kongl. Maj:ts nådiga lasarettstadga gifven Stockholms slott den 18 oktober 1901.

Svensk författningssamling, 1963:341.

SOU 1948:14, *Den öppna läkarvården i riket: utredning och förslag av Medicinalstyrelsen* (Stockholm: Inrikesdepartementet, 1948).

SOU 1965:49, Socialstyrelseutredningen *Hälso- och socialvårdens centrala administration: betänkande*. (Stockholm: Hälso- och socialvårdens centrala administration, 1965).

SOU 1968:53, *Arkiv inom hälso- och sjukvård: delbetänkande angivet av Landstingens arkivutredning*, (Stockholm: Landstingens arkivutredning, 1968).

SOU 1977:66, *Patienten och sjukvården - kontakt och information: rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén*, (Stockholm: Socialdepartementet, 1977).

SOU 1978:26 Medicinalansvarskommittén, *Hälso- och sjukvårdspersonalen: ansvarsfrågor: samverkan personal - patienter: huvudbetänkande*, (Stockholm: Liber Förlag/Allmänna förlag, 1978).

SOU 1984:73, *Journalutredningen, Patientjournalen: huvudbetänkande* (Stockholm: Liber/Allmänna förlaget, 1984).

Spri, *Råd 4.7: Grundjournal*. (Stockholm: Spri, 1976).

Thydin, Ulla, "Jämlikhet – hur jämlikt vill vi ha det?" *Läkarsekreteraren*, nr. 3, 1970.

Vismann, Cornelia, *Lagen och arkivet: akternas mediehistoria* (2001; Göteborg: Glänta produktion, 2017).

Wiklund, Martin, *I det modernas landskap*, (Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion, 2006).

Winman, Thomas, *Transforming information into practical actions: a study of professional knowledge in the use of electronic patient records*, (Trollhättan: Högskolan Väst, 2012).

Winman, Thomas, ”Från personlig anteckning till elektronisk patientjournal” Göran Larsson, (red.) *Organisation, teknik och lärande*, (Stockholm: Carlsson bokförlag, 2009). 187–202.

Ingen signatur., ”Datamaskin sätts in mot sjukvårdskrisen”, *Dagens Nyheter*, 28 september år 1965.

Ingen signatur., ”Något om klassificeringsarbetet”, *Läkarsekreteraren*, nr. 1, år 1964.

Otryckt material

”Gemensamt IT-system ska förenkla kontakten med vården”,

<https://www.skane.se/organisation-politik/Nyheter/Halsa-och-varld/2017/gemensamt-it-system-for-varden/>

(senast kontrollerad 2018-05-29).

Tellvid Claes, *Förteckning över Rådet för sjukhusdriftens rationalisering*, (Riksarkivets nationella arkivdatabas: Riksarkivet i maj 2000. Arkivet förtecknades ursprungligen 1968 i samband med SJURA:s upphörande.) (1962 – 1967)

https://sok.riksarkivet.se/nad?Sokord=sjura&EndastDigitaliserat=false&BegransaPaTitelEllerNamn=false&AvanceradSok=False&typAvLista=Standard&FacettFilter=arkis_ark_typ_facet%24Arkiv%3A&FacettState=gG8Klw%3Ac%7Cundefined%3Ac%7C&page=1&postid=Arkis+A0974043-9AB7-11D5-A700-0002440207BB&tab=post#tab

(senast kontrollerad 2018-06-08).

Nationella arkivdatabasen, Landstingsarkivet i Stockholm. Sjukvårdens- och socialvårdens planerings och rationaliseringsinstitut (Spri). (1968 – 2001)

https://sok.riksarkivet.se/nad?Sokord=sjura&EndastDigitaliserat=false&BegransaPaTitelEllerNamn=false&AvanceradSok=False&typAvLista=Standard&FacettFilter=arkis_ark_typ_facet%24Arkiv%3A&FacettState=gG8Klw%3Ac%7Cundefined%3Ac%7C&page=2&postid=Arkis+B92E38F0-9C27-41BF-A226-B659C182A07D&s=Siv&tab=post#tab

(senast kontrollerad 2018-06-08).

Peterson, Hans, intervju från 2005 av Paul Hall, <https://www.tekniskamuseet.se/wp-content/uploads/2017/08/54-paul-hall.pdf> (senast kontrollerad 2018-05-29).

Intervjun genomfördes inom projektet ”Från matematikmaskin till IT”, ett samarbete mellan avdelningen för teknik- och vetenskapshistoria vid KTH, Dataföreningen i Sverige och Tekniska museet. Transskript och originalinspelning finns på Tekniska museet i Stockholm.

Appendix

Formulär för sjukjournal 18 . .

Nummer.	Inskrifningsdag.	Namn, yrke, ålder, hemvist m. m.	Sjukdom.	Mot afgift.		Utan afgift.		Anmärkingar.
1	4/1	Pehr Jansson, arbetskarl, 35 år, gift, från Spånga socken i Stockholms län.	Pneumonia dextra, stadio hepatitis rubra.	kr.	öre.	—	24/1 Frisk.	Inkom på 5:te dygnet; insjuknat utan föregående illamående med häftig frossa och håll i högra sidan; hemma åderlåten; vid intagningen voro nedre loberna af högra lungan hepatiserade; symptomerna de vanliga af röd hepatitis; komplikationer funnos ej; behandlades med kräksalt; på 7:de sjukdomsdygnet utbröt ymnig svettning; på 8:de dygnet började resolution, som under bruk af kermespulver fortlek; utskrefs fullt återstald på 20:de dygnet efter intagningen.

Cirkulär från Kungliga Sundhetskolligiet den 13 april 1863, ”Formulär för sjukjournal”.